أسس
الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل

دكتور
عبد المحي محمود صالح
أستاذ م ورئيس قسم مجالات الخدمة الاجتماعية
المعهد العالي للخدمة الاجتماعية
بالاسكندرية

دكتور
السيد رمضان
المعهد العالي للخدمة الاجتماعية
بالاسكندرية

١٩٩٩



أســس
الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل

دكتــور
عبد المحى محمود صالح
أستاذ م ورئيس قسم مجالات الخدمة الاجتماعية
المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالاسكندرية

دكتــور
السيد رمضان
المعهد العالى للخدمة الاجتماعية
بالاسكندرية

١٩٩٩

دار المعرفة الجامعية
٤٠ ش سوتير - الأزاريطة - ت ٤٨٣٠١٦٣
٣٨٧ ش قنال السويس - الشاطبي - ت ٥٩٧٣١٤٦

بسم الله الرحمن الرحيم

« قل إن صلاتي ونسكي ومحياي

ومماتي لله رب العالمين »

صدق الله العظيم

مقدمة

تعتبر الخدمة الإجتماعية فى مفهومها المعاصر مهنة متخصصة لها تراثها النظرى وأساليبها العلمية، ظهرت فى المجتمعات المتقدمة منذ أوائل القرن العشرين كإستجابة حتمية لحاجات إنسان هذا العصر، وتمارس هذه المهنة فى غالبية المجتمعات وبخاصة فى الدول النامية التى تعانى العديد من المشكلات الإقتصادية والإجتماعية والثقافية والصحية ... إلخ، ولذا فإن عليها عبء كبير فى تحقيق التنمية الشاملة.

وتأخذ الخدمة الإجتماعية بصورتها المعاصرة خصوصاً فى الدول النامية بالإتجاه التنموى بالدرجة الأولى، إلى جانب الإتجاه الوقائى والعلاجى وصولاً إلى تحسين مستوى أحوال المجتمعات من خلال إحداث التغيرات الإجتماعية المقصودة لصالح المجتمع ورفع مستواه، ولذلك تعتبر الخدمة الإجتماعية التنموية هى ذلك النوع من الممارسة المهنية الذى يتعامل مباشرةً مع تحديات التنمية ويساهم بإيجابية فى رفع المستوى الإقتصادى والإجتماعى والصحى والثقافى للجماهير.

كما تعتبر الخدمة الإجتماعية، من المهن التى تعمل على تغيير إتجاهات الأفراد والجماعات والمجتمعات لتحقيق التنمية الإجتماعية، وهى تستند إلى الحقيقة العلمية التى مؤداها أن الأفراد والجماعات يمكن تغيير قيمهم وعاداتهم إذا ما تغير محور إهتمامهم.

وإذا كانت الممارسات السلوكية فى المجتمع المصرى بوجه عام والمجتمع الريفى بوجه خاص تعتمد على ركيزة من القيم وأنماط السلوك والتفصيلات والعادات والتقاليد والمعايير السلوكية التى تشكلت تاريخياً وأصبحت راسخة

الإعتقاد لدى أعضاء المجتمع، وعلى هذا فلن تكتب للبرامج الصحية النجاح بعيداً عن إجراء تغييرات فى نسق القيم، وتغييرات فى عادات وتقاليد هذه المجتمعات. ولقد أثبتت الدراسات والبحوث العلمية وجود علاقة وطيدة بين المرض وبين العادات والتقاليد المنتشرة فى المجتمع المصرى المتمثلة فى عادات النظافة والغذاء والتزاور وغيرها ... إلخ.

وبناء على ماتقدم فإن الخدمة الإجتماعية الطبية تهدف إلى مساعدة المرضى وأسرهم بل والمجتمع من خلال إثارة وعيهم بعاداتهم الضارة التى تجلب إليهم الأمراض وتساعدهم على تغييرها، كما تهدف المهنة إلى مساعدة المريض للوصول به إلى الشفاء بأسرع وقت ممكن لكى يعود إلى الحياة الإجتماعية، ويكون عنصراً فعالاً فى دفع عملية الإنتاج.

ولذا فإن لمهنة الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى دور فعال سواء فى النواحى العلاجية والوقائية والإنشائية والتى بدورها تؤدى إلى تحقيق التنمية الشاملة للمجتمع وذلك لما تقوم به من دور فى عودة المرضى إلى حياتهم الطبيعية والمشاركة فى عملية الإنتاج، أو فى تدعيم البرامج الوقائية التى تثير وعى الجماهير نحو خطورة الأمراض المختلفة وطرق الوقاية منها.

ومن هنا، كان هذا الكتاب لتبيان مايمكن أن تساهم به الخدمة الإجتماعية من دور مهنى فى نطاق هذا المجال. ونأمل أن يجد طلاب الخدمة الإجتماعية والإخصائيين الاجتماعيين فى هذا الكتاب مايساعدهم على تعميق الدور المهنى للخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى وصولاً إلى ممارسة مهنية فعالة.

والله ولى التوفيق...

الباب الأول

الخدمة الإجتماعية الطبية

الفصل الأول

نظم الرعاية الصحية ومقوماتها

نظم الرعاية الصحية ومقوماتها

تمهيد:

تقوم سياسة مصر الصحية على أساس أن الرعاية الصحية حق لكل مواطن فإن الدولة ملتزمة بأن تكون هذه الرعاية فى متناول كل مصرى، ولقد شمل دستور الدولة وقوانينها المختلفة وبيان الحكومات والتشكيلات السياسية والشعبية مما يؤيد هذا الإلتزام مما يجعل الدولة ممثلة فى وزارة الصحة مسئولة مسئولية دستورية عن صحة المواطنين.

وسنقدم فى هذا الفصل عرض موجز لنظم الرعاية الصحية ومقوماتها فى مجتمعنا المصرى مع إلقاء الضوء على التثقيف الصحى وأهميته كمجال من مجالات الرعاية الصحية فى المجتمع.

فى مفهوم الرعاية الصحية :

يشير هذا المفهوم إلى كافة العوامل السياسية والاقتصادية والإجتماعية والبيئية التى تؤثر فى صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية (١)، وعلى ذلك يدور هذا المفهوم حول كافة الجهود التى تبذلها النظم الإجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض، وبجانب ذلك فإن هناك عوامل أخرى حول مفهوم الرعاية الصحية وهى :

أ - العوامل الإجتماعية التى تؤثر على تغذية الإنسان والمفاهيم السائدة نحو الخدمات الصحية المتوفرة.

ب - العوامل الإقتصادية، التى تحدد الحجم اللازم من الموارد الإقتصادية لإنتاج الخدمات الصحية، وكيفية توزيعها.

جـ - العوامل السياسية، التى تعكس أولويات توزيع الموارد فى الخطط

الصحية المختلفة، وصورة التشريعات الصحية اللازمة لتنظيم القطاع الصحى.

د - العوامل البيئية ومدى توفر المياه النقية ومدى تلوث البيئة [٢].

نظم تقديم الرعاية الصحية فى مصر :

تطبيقاً لسياسة مصر الصحية لكى تكون الخدمات الصحية فى متناول كل أسرة مصرية - وكل مواطن مصرى فإن الدولة تقوم بتطبيق أنظمة مختلفة لتقديم الرعاية الصحية بحيث تشكل فى مجموعها مظلة للرعاية الصحية تظل كل المصريين القادرين منهم وغير القادرين، وهذه الأنظمة هى:

١ - الخدمات الصحية المجانية:

وهذه الخدمات تؤدى بالمجان من خلال الوحدات الصحية المختلفة التى تتبع الحكومة مثل الوحدات الصحية التى تتبع وزارة الصحة، وكذلك وحدات تتبع بعض الوزارات الأخرى وأهمها المستشفيات الجامعية التى تتبع وزارة التعليم العالى ومستشفيات السكة الحديد التى تتبع هيئة السكة الحديد، وكذلك الخدمات الصحية فى القوات المسلحة وغيرها.

وجميع هذه الوحدات تؤدى خدماتها الصحية للمواطنين بالمجان أو بأجور رمزية زهيدة وتتولى الدولة تحمل تكاليف الخدمات الصحية التى تؤديها للجماهير. وتقوم الوحدات التابعة لوزارة الصحة بدور كبير وهام فى تقديم الرعاية الصحية للمواطنين كافة.

وتمتاز الخدمات الصحية التابعة لوزارة الصحة بما يلى :

١ - أنها منتشرة فى شبكة كبيرة العدد من الوحدات الصحية فى القرى والمدن فى جميع أنحاء البلاد مما يجعلها فى متناول كل فرد.

٢ – أنها تستقبل جميع المواطنين دون أى تفرقة بين أى فئة وأخرى.

٣ – جميع خدماتها مجانية، وبعض الخدمات العلاجية المتطورة تقدم بأجور رمزية زهيدة، أما جميع البرامج والخدمات الوقائية فهى تعطى كاملاً بالمجان.

٤ – أنها تغطى جميع مستويات الرعاية الصحية ..اء منها الرعاية الصحية الأساسية أو الرعاية التخصصية، كما أنها متكاملة مع بعضها بحيث تغطى جميع الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية.

مؤسسات الخدمات الصحية :

أولاً : وحدات القطاع الريفى:

هذه الوحدات توجد فى القرى وتقوم بتقديم جميع خدمات الرعاية الصحية الأساسية والتى تشمل التثقيف الصحى – ومكافحة الأمراض المعدية، وصحة البيئة وتنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة، وحدات الصحة المدرسية، مكافحة الأمراض المتوطنة والطفيلية بالإضافة إلى الرعاية العلاجية والإسعافات.

وتنقسم الوحدات الصحية الريفية إلى ثلاث أنواع هى :

أ – الوحدات الصحية الريفية :

وتوجد هذه الوحدات فى القرى الصغيرة ويبلغ عددها حوالى ٢٠٠٠ وحدة صحية، وتقوم بتقديم جميع خدمات الرعاية الصحية الأساسية، ولكن لايوجد بها قسم داخلى.

ب – المجموعات الصحية :

وهى موجودة فى القرى الكبيرة، وهى أيضاً تقدم جميع خدمات الرعاية

الصحية الأساسية وتمتاز بأنه يوجد فى كل مجموعة قسم داخلى يحوى مابين ١٥ - ٢٠ سرير وعددها حوالى ٥٥٠ مجموعة صحية.

جـ - المستشفيات القروية :

وهذه المستشفيات هى فى الأصل مجموعات صحية، وقد تم تطويرها بزيادة عدد الأسرة إلى حوالى ٣٠ سرير وتطوير غرفة العمليات وتزويدها بمعمل متطور وجهاز أشعة، وكذلك تدعيم الأفراد بها بتعيين جراح وفنى معمل وفنى أشعة، وزيادة هيئات التمريض. والمستشفيات القروية تؤدى أيضاً جميع خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وتمتاز بتدعيم الخدمة العلاجية بالتطور السابق الإشارة إليه ويوجد حالياً حوالى ٥٠ مستشفى قروى تم تطويرها، وتشمل خطة وزارة الصحة مستقبلاً تطوير جميع المجموعات الصحية إلى مستشفيات قروية بعد التأكد من نجاح التجربة.

ثانياً : وحدات صحية فى المدن :

وتشمل هذه الوحدات، وحدات صحية مختلفة تؤدى كل منها نشاط معين من الخدمات الصحية للمواطنين، وهذه الوحدات تشمل مايلى :

أ - المستشفيات العامة والمركزية :

وهى مستشفيات كبيرة موجودة فى عواصم المحافظات أو فى عواصم المراكز الإدارية وتقدم خدمات الرعاية العلاجية والإسعافية للمواطنين فى التخصصات الإكلينيكة المختلفة مثل الجراحة، والأمراض الباطنية، والنساء والولادة، وأمراض العيون، وأمراض الأنف والأذن، والأمراض الجلدية وغيرها من التخصصات، كما أنها تستقبل الحالات المحولة لها من الوحدات الصحية بالريف أو الوحدات الأخرى بالمدينة.

ب - المستشفيات النوعية :

وهى موجودة أيضاً فى عواصم المحافظات، وتقدم نوع معين من الخدمات مثل مستشفى الحميات ومستشفى الأمراض الصدرية، ومستشفيات الرمد، ومستشفيات الصحة النفسية، ومستشفيات الجذام.

جـ - مراكز الأمومة والطفولة :

وتقدم هذه المراكز خدمات الأمومة لأهل المدن.

د - وحدات الصحة المدرسية ومجموعات الصحة المدرسية :

وتقدم خدماتها لطلاب المدارس، ومجموعات الصحة المدرسية، ومستشفيات الطلبة توجد فى عواصم المحافظات، أما وحدات الصحة المدرسية فتوجد فى عواصم المراكز الإدارية.

د - مكاتب الصحة:

وتقوم هذه المكاتب بتقديم مكافحة الأمراض المعدية وصحة البيئة ومراقبة الأغذية لأهل المدن.

و - وحدات مكافحة الأمراض المتوطنة الطفيلية :

وتشمل وحدات البلهارسيا والملاريا لمكافحة هذه الأمراض.

ز - المراكز الصحية بالمدن :

وهى وحدات صحية مستحدثة فى مصر فى المدن عام ١٩٧٦ ، وتمتاز بأنها تؤدى جميع الخدمات الصحية الأساسية لقطاع من المدينة والمنوط إلى كل مركز تقديم الخدمة له.

٢ - خدمات التأمين الصحى :

يقوم التأمين الصحى على فكرة أساسية مؤداها تقسيط الأعباء المالية للأمراض والحوادث على فترة زمنية عن طريق تعاون مجموعة من الأفراد فى تغطية المصاريف والتكاليف المالية لحالات الأمراض والحوادث بدلاً من أن يترك من حلت به الكارثة يتحمل نتائجها وحدة ودفعة واحدة.

الأنماط المختلفة للتأمين الصحى :

يوجد فى مصر أنماط مختلفة للتأمين الصحى أهمها التأمين الصحى الحكومى التى تتولاه الدولة ولكن يوجد نظم أخرى للتأمين الصحى يتولاها بعض الأهالى وبعض التجمعات مثل النقابات والشركات وصناديق العلاج الموجودة فى بعض الجمعيات وغيرها.

ولكن أهم الأساليب وأكثرها تغطية وتنظيماً هو التأمين الصحى الحكومى والذى يشرف عليه الهيئة العامة للتأمين الصحى.

وقد بدأت هذه الهيئة فى تطبيق التأمين الصحى على العمال عام ١٩٦٤ وإستطاعت خلال العشر سنوات من بدء التأمين الصحى أن تغطى حوالى نصف مليون منتفع.

وفى عام ١٩٧٥ بدأ تنفيذ التأمين الصحى على موظفى الحكومة فى أربع محافظات ثم إمتد تطبيقه تدريجياً ليشمل معظم موظفى الحكومة فى محافظات الجمهورية، كما طبق هذا النظام على طلاب المدارس بكافة أنواعها.

٣ - المؤسسات العلاجية بالقاهرة والإسكندرية :

يوجد فى مصر مؤسستين فقط إحداهما بالقاهرة والأخرى بالإسكندرية، وقد تم إنشائهما بعد ثورة ١٩٥٢ ، حيث تم تأميم بعض المستشفيات الكبرى

الموجودة بالقاهرة والإسكندرية، وأنشئت هاتين المؤسستين لإدارة هذه المجموعة من المستشفيات.

وهذه المستشفيات تقدم الخدمات العلاجية بمستوى عال ولكن بأجر محدود ومسعر، ومن المستشفيات التابعة للمؤسسة العلاجية بالقاهرة مستشفى العجوزة ودار الشفاء، والمستشفى القبطى، ومستشفى هليوبوليس وغيرها، ومن المستشفيات التابعة للمؤسسة العلاجية بالإسكندرية مستشفى المواساة والمبرة وغيرها، وكل هذه المستشفيات لها سمعة جيدة فى الخدمات الطبية.

٤ - العلاج الخاص :

ويلعب العلاج الخاص فى مصر دوراً هاماً وكبيراً، حيث أنه رغم الخدمات الصحية المختلفة، فإن الدولة تسمح بالعلاج الخاص سواء كان ذلك فى عيادات الأطباء، أو فى مستشفيات خاصة، أو أهلية، أو مستشفيات جمعيات أو مستشفيات إستثمارية.

وتراقب الدولة ممثلة فى وزارة الصحة ونقابة الأطباء الأسعار فى العلاج الخاص، بحيث لايشكل شططاً فى الأسعار، وبحيث تكون هذه الأسعار فى حدود المعقول [٣].

التثقيف الصحى وأهميته فى المجتمع

سنقدم فى هذا الجزء عرض موجز لأهداف التثقيف الصحى ومجالاته ووسائله حتى يتسنى للقائمين بهذا الدور مراعاة ذلك :

أهداف التثقيف الصحى:

وهذه الأهداف تساعد الناس وتمكنهم من إدراك الجوانب الآتية :

- تحديد مشاكلهم وإحتياجاتهم.

- إدراك مايستطيعون عمله حيال هذه المشاكل بمواردهم الخاصة مقترنة بدعم خارجي.

- تقرير أنسب إجراء لتعزيز المعيشة الصحية ورفاهية المجتمع المحلى وهذه الأهداف تتحقق عن طريق إعلان الآتى :

- إحصائيات الأمراض والوفيات والمشاكل الصحية المختلفة.

- كيفية الوقاية من الأمراض.

- الخدمات الصحية والوحدات التى تساعد فى حل المشاكل الصحية.

- يجب أن يعى الفرد أن سلوكه وأسلوبه فى الحياة هما المسئولان عن حالته الصحية.

الطريقة المثلى لإنجاح برامج التثقيف :

- تشجيع المشاركة الفعالة من جانب المجتمع المحلى والأفراد عن طريق:

- إستخدام الخدمات الموجودة.

- تقييم الخدمات الصحية الموجودة.

- عمل وحدات جديدة عن طريق التطوع والتبرعات.

- تنمية روح الإنتماء لدى الأفراد بحيث يمتنع كل فرد عن أى عمل يضر بصحة الآخرين.

- الإستقصاء عن حاجات الأهالى.

ويكون العمل المطلوب تحقيقه ذو شقين أساسيين:

- يلزم الحكومة أن تسهل المزيد من مشاركة المجتمع المحلى فى إتخاذ القرارات.

- يحتاج الناس إلى العلم بإمكاناتهم لتحسين صحتهم بجهودهم الشخصية.

مجالات التثقيف الصحى :

١ - تعريف الصحة ومسئولية الإنسان تجاه ممارسته الصحية :

- التعريف بجسم الإنسان والنمو والتطور.
- الصحة الشخصية والنظافة (صحة الفم والعينين والأذنين والأنف والشعر).
- توعية غذائية.
- توعية بالصحة الإجتماعية والنفسية.
- توعية بوسائل السلامة والأمانة.
- توعية بكيفية تكوين نمط سليم للحياة (التدخين - المخدرات).

٢ - صحة المجتمع :

- الإصلاح البيئى.
- الأمراض المعدية ووسيلة إنتشارها.
- التطعيم.
- الإسعاف الأولى.

أهداف تثقيفية:

تغيير سلوك الناس بحيث يتبع الناس بعض الإجراءات الكفيلة بحل مشكلاتهم الصحية.

أهمية مشاركة المجتمع فى تحديد الأهداف :

يجب تشجيع الأفراد والجماعات والمجتمعات على إختيار الأهداف الخاصة بهم وعلى تلقى الإرشاد اللازم للقيام بذلك لأنه حين يحدد الناس أهدافهم بأنفسهم فإن ذلك يتلاءم مع السلوك الصحى الذى يقررون إتباعه مع الثقافة المحلية والموارد المتاحة.

المهارات التى يجب أن تتوافر فى المثقف الصحى:

يجب أن يتوفر فى المثقف الصحى القدرة على الإتصال وفهم مايفكر فيه الناس وما تشعر به وعندما يتصل شخص مع الآخرين بوضوح فإنه يصبح قادراً على المشاركة والمحادثة الناجحة مع الناس ومهارات الإتصال:

- التحدث بصوت مسموع مما يكفى ليتمكن الآخرون من سماعه بوضوح.

- النظر إلى وجه من تحدثه وإن كنت تخاطب مجموعة من الناس وجه بصرك إلى كل منهم بالتناوب لأن تلاقى الأعين يحسن الإتصال.

- إنتقاء الكلمات بعناية حتى يفهم الآخرون ما تحاول أن تقوله.
- القدرة على التعبير عن مشاعرهم.
- الحرص على قول الأشياء بطريقة لاتسئ إلى مشاعر الآخرين.
- الإستماع بإهتمام عندما يتحدث آخرون.
- ملاحظة سلوك الآخرون عندما يتحدثون.
- التأكد من جعل الآخرين يعرفون إنك تستمع إليهم بإهتمام.
- تذكر الأشياء التى قيلت.

– توخى الحيطة فى إستعادة صحيحة.

– عدم تزويد أشياء ذكرت فى جو من الكتمان.

– الموضوعية فى الحديث.

لاتميل أحياناً إلى المبالغة فى الإفتراض وذلك قد يكون من معوقات الإتصال فأحياناً نفترض أن من نخاطبه يعرف مانعرفه عن موقف ما وذلك قد يكون خطأ فمن الضرورى أن نضع أنفسنا فى موضع من نتعامل معه ونشعر بشعوره.

أساليب التثقيف الصحى :

لقد سبق أن أوضحنا أن التثقيف الصحى هو العمل مع الناس لحل المشكلات وتحسين نوعية الحياة والتواصل عندما ترسل رسالة وتستقبل بشكل جيد بحيث يعى المتلقى المقصود من الرسالة التى يقولها الراسل، والرسالة فى التثقيف الصحى شئ مهم جداً. وطرق توصيل الرسالة:

١ – طريقة مباشرة : من الراسل للمتلقى عن طريق محادثة خاصة أو إجتماع جماعة أو حديث صحفى.

٢ – طريقة غير مباشرة : بوسائل الإعلام العامة كالإذاعة والتليفزيون والصحف.

ولتطبيق الطريقة التثقيفية عملياً لابد من الإجابة على ثلاث أسئلة عند تنفيذ البرنامج الصحى حتى يكون التواصل فعالاً :

(أ) متى نجد الناس ؟

(ب) وأين نجد الناس ؟

(جـ) وكيف نشرك الناس ؟

إستخدام وسائل الإعلام:

وتكمن أهمية وسائل الإعلام فى الجوانب الآتية:

- يمكنها الوصول إلى إناس كثيرين بشكل سريع.

- وهى قابلة للتصديق عندما تقرأ الناس فى صحيفة أو تستمع فى الإذاعة إلى قول شخص متخصص تصدق مايقوله وتعتقد فيه.

- يمكنها تقديم التذكر والتعزيز فى تكرار متصل.

الطرق والوسائل :

١ - الأحاديث الصحفية:

إن الطريقة الطبيعية لتوصيل الرسائل للناس هى التحدث معهم، ولجعل الحديث أكثر تثقيفاً يفضل الإستعانة ببعض وسائل الإيضاح مثل العينات البصرية مثل الملصقات والشرائح واللوحات الوبرية. كما يلزم ربط الحديث بالبيئة المحلية عن طريق إستخدام بعض الوسائل مثل الأمثال الشعبية ولابد من إثارة إهتمام الناس عن طريق الإستعانة بالمناقشات والأغانى وتمثيل الأدوار والعروض الإيضاحية.

إن إحدى مشكلات إستخدام الأحاديث هى أنه كلما كبر حجم الجماعة قلت فرص المشاركة والمناقشة، والمناقشة ضرورية تتيح للناس طرح أسئلة ومشاركة الأفكار وإستيضاح الرسالة الحقيقية للحديث كما هو مطبق فى المجموعات الصغيرة. ولعلاج ذلك يمكن للمثقف الصحى أن يعطى بعض الوقت بعد الحديث للإجابة على أسئلة الناس فرادى.

٢ - **إستخدام الأمثال فى التثقيف :**

إن الناس شديدوا التعلق بأمثالهم فإن إستخدمت هذه الأمثال بفهم صحيح لمعناها فإنك تترك فيهم الإنطباع بأنك ملم بثقافتهم ومتفهم. حيث أن الأمثال مألوفة لدى الناس فإنهم قد يلتزمون باتباع ماتحمله من نصائح كما أنهم سوف يتذكرونها دائماً بسهولة، عند التعرض لموقف معين.

٣ - **الأساطير :**

الأساطير قصص خيالية تروى للأطفال وعادة ماتكون شخصياتها من الحيوانات والمفروض أن أفعال شخصيات الأساطير تعلم الأطفال طرقاً صحيحة للسلوك، كما أنها تبين للبالغين القيم التى لها أهميتها فى المجتمع.

٤ - **القصص :**

تروى القصص عن الأعمال الكبيرة التى قام بها الأبطال الوطنيون، وقد تكون القصص طريقة من طرق سرد الأحداث الهامة الشيقة التى حدثت فى مجتمع ما. ومن ثم يمكن للقصص التى تسلى الناس وتعلمهم التاريخ وتنشر الأنباء والمعلومات وأن تكون مصدراً لتعديل السلوك. ويمكن الإستعانة بالقصص فى تقديم الأفكار والمعلومات وفى تشجيع الناس على النظر فى مواقفهم وقيمتهم ومساعدتهم على تقرير طريقة حل لمشاكلهم.

٥ - دراسة الحالة:

إن دراسات الحالات شبيهة بالقصص وهى تمثل خبرات من واقع الحياة وهى تركز على حقائق وتعرض الأحداث كما حدثت فى الواقع. وهى تجعل الناس تتعاطف مع المشكلة وتجعلهم يفكرون فى أسباب المشكلة وكيفية حلها.

٦ - العروض الإيضاحية :

وهى زسلوب جذاب لمشاركة المعرفة والمهارات وهى تتضمن مزيجاً من التعليم والتطبيق العملى.

٧ - الملصقات :

وهى قطعة من الورق عليها كلمات أو صور أو رموز تنقل رسالة إلى من ينظرون إليها، ويمكن إستخدام الملصقات إستخداماً فعالاً فى الأغراض التالية:

- تقديم المعلومات والنصائح.
- التزويد بالتوجيهات والإرشادات.
- الإعلان عن الأحداث الهامة والبرامج.

٨ - الصور الفوتوغرافية:

وهى أداة تعليمية مفيدة فيمكنها أن تظهر الأوضاع والأشياء كما هى فى الواقع تماماً وهى يمكنها أن توضح مهارات جديدة.

٩ - الشرائط المسجلة :

لتقديم معلومات صحيحة وتعزيز الرسالة الصحية:

١٠ - الأفلام :

طريقة جذابة ويجب أن يكون الفيلم ذو مغزى يزود الناس بأفكار جديدة وبناءة.

١١ - الصحف:

وهى تعطى تقارير عن الأحداث ومقالات عن مواضيع معينة يتناولها المحررين بالعرض والتحليل [٤].

خاتمـــة :

ناقش هذا الفصل التثقيف الصحى وأهميته فى زيادة وعى الجماهير ومعرفة الحقائق عن بعض الأمراض وكيفية العدوى وطرق الوقاية، هذا بجانب الأساليب المتنوعة للتثقيف الصحى ووسائله، بالإضافة إلى عرض مختصر للسياسة الصحية فى المجتمع المصرى، ونظم تقديم الرعاية الصحية من خدمات مجانية، والمؤسسات التى تقوم بهذه الخدمة فى كل مكان من القطاع الريفى والحضرى.

مراجع الفصل الأول

١ - هبة نصار « دراسة فى اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية فى مصر » رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الاقتصاد، جامعة القاهرة، ١٩٨٣ ، ص ٣١.

٢ - على المكاوى، « الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمات الصحية» ، دراسة ميدانية فى علم الاجتماع الطبى ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ص ص ٥٧ - ٥٩.

٣ - أنظر وقارن :

- أميرة صادق الطنطاوى، فاتن عبد اللطيف « مبادئ صحة المجتمع » بدون مكان نشر، الإسكندرية، ١٩٩٢ ، ص ص ٢٦٣ - ٢٦٧.

٤ - ....، المرجع السابق، ص ص ٩٥ - ١٠٥.

الفصل الثانى

لمحة تاريخية عن تطور

الخدمة الاجتماعية الطبية

لمحة تاريخية عن تطور
الخدمة الاجتماعية الطبية

إن الخدمة الإجتماعية الطبية المعاصرة كغيرها من مجالات الخدمة الإجتماعية ماهى فى النهاية إلا صيغة علمية جديدة لجهود تلقائية لازمت الإنسانية منذ بدء الخليقة. فكما أن الطب الحديث هو الصورة العلمية المعاصرة لجهود الأدعياء والسحرة والمشعوذين، فإن ا لخدمة الاجتماعية الطبية بدورها هى إمتداد لجهود أهل الخير ورجال الدين وذوى النفوذ ومن إليهم ممن تصدوا لمساعدة الإنسان المريض على مر العصور. فحتمية المساعدة فى أى مظهر من مظاهرها قائمة بقيام المجتمع الإنسانى أيا كانت أشكاله بل وستتضاعف أهميتها مع زيادة التطلع المعاصر لإسعاد الإنسان ورفاهيته، ومع التعقد المضطرد فى علاقته الاجتماعية مع الآخرين (١).

الروافد التاريخية المبكرة:

قديماً كان أسلوب العزل المجتمعى هو الأسلوب السائد مع معاملة المرضى. وعلى الرغم من تطرفه إلا أنه يؤكد فطنة الأقدميين إلى صلة المرض بالمجتمع، على الأقل من ناحية إنتشار العدوى وإيقاف سير الأوبئة، ومن هذا القبيل ماكان متبعاً مع فئات من المرضى كالمجذومين الذين كانت تحدد إقامتهم فى بعض المجتمعات فى مكان معين لايمكنهم الخروج منه إلا بإذن خاص، وأحياناً أخرى كانوا لايخرجون من مستعمراتهم إلا ومعهم آلات صوتية لإبعاد الأصحاء عن طريقهم، بل كانوا يلزمون أيضاً بوضع قفازات فى أيديهم تجنباً من إنتقال عدواهم إلى الغير.

ثم جاءت الأديان السماوية لتؤكد ضرورة الإهتمام بالفئات المحتاجة وتقديم العون لها بما يحفظ عليها كرامتها ويقيها من الإهمال والعنت، وفى مقدمة هذه الفئات المرضى والمعوقين . فكان بوذا مثلاً يوصى بالرفق بالمرضى والضعفاء والمشوهين، وكان يعلن أن هدفه تخليص البشرية من آلامها، وأن يكون نوراً وشفاء لكل مريض أو عاجز، وأقام الملوك البوذيون فى الهند، وبخاصة أسوكا، أول مؤسسة رسمية للعناية بمن انتابهم عجز أو قصور فى حواسهم وأبدانهم.

أما رجال الدين المسيحى فقد تخلق كثيرون منهم بأخلاق السيد المسيح عليه السلام. فكانوا يوصون بمعاملة المرضى والمعوقين بروح الأخوة.

وقد دعا الإسلام إلى الرفق بالمرضى وعدم إرهاقهم. وإذا ما انتقلنا إلى الفلسفة، كمرآة تعكس آراء الصفوة والحكماء، نجد ربطاً بين الخير والفعل وبين حسن معاملة المحتاجين والمرضى عند عدد كبير من الفلاسفة، ومن بينهم على سبيل المثال، أبو العلاء المعرى وغيره من المفكرين الذين غلبوا الهيمنة الروحية على الكمال البدنى، لأن مرآة الحياة الحقة فى نظرهم هى يقظة اللب وأعمال الفكر والتبصر فى الأمور. كما عرض للعلاقة بين النفس والبدن فلاسفة آخرون وفى مقدمتهم ابن سينا عند العرب وأفلاطون عند الإغريق [٢].

وحرص المسلمون الأوائل وفى عهد الخلفاء الراشدين برعاية المرضى والمعوقين والمحتاجين، ويعتبر عمر بن الخطاب أول من سن شريعة إجتماعية لحماية المستضعفين. كما امتد ذلك النشاط الإجتماعى فى عهد الخلافة الأموية والعباسية، وخاصة فى أيام الخليفة عمر بن عبد العزيز، والخليفة عبد الله بن مروان، واهتمامهما الملحوظ برعاية المعوقين والمرضى بأمراض مستعصية وغيرهم من الفئات غير القادرة.

ويكشف لنا مؤرخي الطب الإسلامي عن ظهور العديد من الأطباء المعوقين خاصة من المكفوفين، ومنهم من تولى إدارة مستشفيات بأكملها، مثل الطبيب الكفيف أبو الحسن البغدادي الذى تولى إدارة بيمارستان دار الحكمة لسنوات طويلة (٣).

وهكذا، كان الإهتمام المجتمعي بالمرضى والمعوقين قد لازم البشرية فى تاريخه القديم، وكان فى مجموعه رعاية لهم وعطفاً عليهم، أكثر منه تعنتاً معهم. وقد اتخذ هذا العطف صوراً شتى، من بينها المغالاة فى إغداق العطاء والخدمات لهم، رثاء لحالهم أو تقرباً إلى المعبود، ويدخل كل ذلك فيما نسميه بالإحسان الطبي. ولقد مر الإحسان الطبى بمراحل مختلفة، وتعددت أساليب العطف على المريض والمعوق إلى أن ظهرت الخدمة الإجتماعية كمهنة فى أواخر القرن الماضى عام ١٨٩٨ (٤) كتنظيم مهنى قائم على العلم والمهارة، لها مجالاتها وميادينها المختلفة والمتنوعة كالأحداث والأسرة والطفولة وما إلى ذ لك لتظهر الحاجة إلى قيام الخدمة الإجتماعية الطبية كميدان متخصص يستهدف المساعدة الإجتماعية لفئات المرضى فى المستشفيات والمصحات الطبية المختلفة.

وكانت إنجلترا أولى الدول التى أخذت بنظام الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى ثم أمريكا فبعض الدول الأخرى.

نشأة الخدمة الإجتماعية الطبية فى إنجلترا :

يمكننا أن نوجز أهم العوامل والمصادر التى مهدت لقيام الخدمة الإجتماعية الطبية فى إنجلترا فيما يلى :

١ - الحركة التى ظهرت فى إنجلترا حوالى عام ١٨٨٠ للعناية بمرضى

العقول، عندما تبين أن المرضى المصابين بأمراض عقلية يحتاجون إلى رعاية لاحقة بعد خروجهم من المصحات، ولذا كانت الزائرات يذهبن إلى بيوت المرضى حيث يبصرن أسرة المريض، وأصدقائه بنوع الرعاية والمعاملة اللازمة له بعد خروجه من المستشفى وذلك حتى يمكن تجنب تكرار المرض.

٢ - كان المصدر الثانى للخدمة الإجتماعية الطبية نظام سيدات الإحسان (Lady Almoners) اللائى كن يتطوعن فى المستشفيات الإنجليزية فى لندن سنة ١٨٩٠ للقيام بالبحوث الإجتماعية لتقرير أحقية مقدم الطلب فى الحصول على الخدمة الطبية والإلتحاق بالمستشفى بالمجان، والإستعانة ببعض الجمعيات الخيرية لمساعدة المريض (٥).

ويرجع الفضل فى وجود نظام سيدة الإحسان إلى « تشارلز لوك » الذى كان يعمل سكرتيراً لجمعية تنظم الإحسان، فهو الذى إقترح تعيين موظفات بالمستشفيات يكون مهمتهن التعرف على الظروف المختلفة للمريض، وقد تم إختيارهن وأعطوا تدريباً مناسباً لهذا العمل الجديد فى المستشفيات وقد أطلق عليهن " Almoners " وقد اقتبس هذا الاسم من لفظ "Alm" ومعناها الإحسان أى المحسنات ولايزال يطلق هذا الاسم عليهن حتى الآن، وقد كان مستشفى « سانت باثلميو » أول مستشفى أخذ بهذا العمل.

٣ - وفى عام ١٩٠٦ وضع أول نظام رسمى لهذا العمل الجديد فى المستشفيات متضمناً طريقة إختيار سيدات الإحسان وتمرينهن وتأهيلهن للعمل فى هذا الميدان تحت إشراف تشارلز لوك، وقد بلغ عدد العاملين فى هذا الميدان فى عام ١٩١٢ (٣٠) وإرتفع فى عام ١٩٣٠ إلى (١٠٥). وقد نشرت جمعية الخدمة الإجتماعية الطبية فى عام ١٩٣٥

مذكرة أوضحت بها أهمية هذا الميدان، وقد كان لنشرها أكبر الأثر فى توضيح ما خفى عنه. ويعتبر عام ١٩٤٣ من أكبر سنى النشاط للعاملين فى هذا الميدان بعد خطاب « هيلين ريس » التى بينت فيه تفاصيل العمل والخدمات الأصلية التى يختص بها العاملين به مما جعل المشتغلين فى الميدان الطبى وغيرهم يعرفون حقيقة عمل الإخصائية الإجتماعية الطبية، وأصبح بعد ذلك لزاماً على إدارة المستشفيات أن تعهد إليهن بالعمل الفنى الذى تخصصن من أجله بدلاً من الأعمال الروتينية التى كن يقمن بها والتى لا تمت إلى الغرض الذى عينوا من أجله.

٤- وفى خلال الحربين العالميتين الأولى والثانية زاد الطلب على الإخصائيات الإجتماعيات لمساعدة المحاربين وأسرهم. وقد بعثت بعض الدول كالسويد وفنلندا وهولندا بعثات من الطلبة والطالبات إلى إنجلترا للتخصص فى ميدان الخدمة الإجتماعية (٦).

وقد أخذت بعد ذلك الخدمة الإجتماعية الطبية فى إنجلترا فى التطور الدائم حتى وصلت إلى مستوى عال وانتشرت فى جميع المؤسسات الطبية باعتبارها ضرورة من ضرورات العلاج.

نشأة الخدمة الإجتماعية فى أمريكا :

كانت من أهم العوامل والمصادر التى مهدت لنشأة الخدمة الإجتماعية فى الولايات المتحدة الأمريكية مايلى :

- ظهور نظام الممرضات أو الزائرات الصحيات "Visiting Nurses" فى بعض المستشفيات الأمريكية فى نيويورك سنة ١٨٩٣ حيث قامت الزائرات الصحيات بزيارة بيوت الفقراء من المرضى فى الأحياء المجاورة

لمحلة هنرى ستريت لسداد نفقات الرعاية العلاجية والتمريض وكان قد إسترعى إنتباههن العديد من المشكلات الإجتماعية والشخصية التى تنشأ عن المرض. وقد إستفاد فى بعض مستشفيات نيويورك من خبرات محلة هنرى ستريت وأدركت أن الزيارة المنزلية تؤدى إلى تقدم كبير فى تأثير العلاج الطبى، ودأبوا على إرسال زائرات صحيات من المستشفى لمباشرة الرعاية اللاحقة والإشراف على المرضى بعد خروجهم من المستشفيات.

٢ - المصدر الآخر للخدمة الإجتماعية الطبية فكان عن طريق طلاب كلية الطب الذين أجروا تدريباً عملياً فى المؤسسات الإجتماعية عندما طلبت جامعة بالتيمور فى عام ١٩٠٢ أن تشمل الدراسة الطبية دراسة المشكلات الإجتماعية الإنفعالية وطلبت أن يعمل طلابها كمتطوعين فى المؤسسات الخيرية حتى يكتسبوا فهماً وإدراكاً للآثار الإجتماعية والإقتصادية وظروف المعيشة على حالة المريض.

٣ - وفى هدى هذه الخبرات نشأت الخدمة الإجتماعية الطبية فى عام ١٩٠٥ فى جهات مختلفة فى الولايات المتحدة وأصبح الأخصائيون الإجتماعيون أعضاء فى هيئات موظفى المستشفيات العامة بعد أن أصبح الطبيب المتخصص الحديث لايستطيع أن يتعرف بدقة على الحالة المعيشية، والدخل، والبيئة، وعادات ، وشخصية المريض كما كان الأمر مع طبيب الأسرة السابق. وكان أطباء مستشفى مساشوستس أول من لمسوا الحاجة إلى الأخصائى الإجتماعى للقيام بمساعدة المريض وأسرته (٧). هذا ويعود الفضل فى إرساء دعائم الخدمة الإجتماعية الطبية فى هذه المستشفى إلى الدكتور ريتشارد كابوت، الذى مرت عليه حالات مرضية كثيرة وجد فيها أن العلاج الطبى لايأتى بثمرة مرجوة إلا بعد

حل مشاكل المريض الإجتماعية، كما أن هناك حالات معينة يكون الطبيب فيها بحاجة إلى معاونة الأخصائى الإجتماعى الطبى لإعطاء فكرة عن بيئة المريض وظروفه لما لذلك من أهمية فى التشخيص وفى العلاج [٨].

وهكذا ومنذ قيام الخدمة الإجتماعية الطبية كمهنة وعمل منظم فى عام ١٩٠٥ إلى وقتنا الحالى يطرد إتساع نطاق عملها، كما يطرد رسوخها وأصالتها فى أنحاء كثيرة من العالم.

الخدمة الإجتماعية الطبية فى مصر:

إن مهنة الخدمة الإجتماعية حديثة العهد بالنسبة لمصر، حيث ترجع نشأتها على أسس فنية علمية إلى سنة ١٩٣٦ . لذلك لانعجب أن ينشأ ميدان تخصصى فيها بعد ذلك التاريخ بمدة من الزمن.

نشأت الخدمة الإجتماعية الطبية فى مصر بوزارة الصحة فى فرص متفاوتة كانت تخضع لإمكانيات الميزانيات المتعاقبة وإلى درجة إقتناع المسئولين بوزارة الصحة وغيرها من الجهات المعنية بأهمية الخدمةالإجتماعية فى المؤسسات الطبية ويعتبر ميدان الخدمة الإجتماعية الطبية فى محيط الأمراض الصدرية أول ميدان إجتماعى طبى نشأ فى وزارة الصحة، إذ بدأ العمل فيه بإنشاء أول وظيفة لأخصائى إجتماعى طبى « بقسم الأمراض الصدرية » بالوزارة عام ١٩٤٧ .

وفى عام ١٩٤٩ عرفت المستشفيات العمومية الخدمة الإجتماعية الطبية لأول مرة بتعيين إخصائيين إجتماعيين. إحداهن بمستشفى المنيرة (الملك سابقاً) والثانية بمستشفى باب الشعرية ثم عين أخصائى إجتماعى

بمستعمرة الجذام بأبى زعبل وكان ذلك فى سنة ١٩٥٠ . وهكذا بدأت وزارة الصحة باستمرار على إنشاء وظائف للخدمة الإجتماعية فى جميع مؤسساتها الطبية بعد ما اقتنع المسئولون بالوزارة بأهمية هذا الجانب الإجتماعى فى العلاج بفضل المجهودات التى بذلها الأخصائيون الإجتماعيون الأولون الذين عملوا فى هذا الميدان.

هذا ما وصلت إليه الخدمة الإجتماعية الطبية فى المؤسسات الحكومية – أما فى المؤسسات الأهلية ، فقد كانت فى أول أمرها عبارة عن تقديم خدمات إجتماعية للمرضى فى صورة مساعدات مالية أو عينية أو تقديم بعض ألوان الترفيه لهم بالمستشفيات عن طريق التطوع من سيدات الجمعيات الخيرية. وقد كانت الجمعية النسائية لتحسين الصحة من أوائل الجمعيات الخيرية التى تعمل فى هذا السبيل منذ نشأتها فى عام ١٩٣٦ بقصد رعاية المرضى الفقراء إجتماعياً، ثم اختصت بعد ذلك لميدان الدرن، وقد كانت الجمعية فى مبدأ أمرها تعمل على مد المرضى الفقراء بمساعدات مختلفة وتقوم سيدات الجمعية بزيارة المرضى وأسرهم بالمنازل، كما كن يقمن بزيارة المرضى بالمستشفيات والمصحات وتقديم الهدايا فى المناسبات المختلفة وتنظيم بعض ألوان الترفيه لهم، ثم تطورت هذه الخدمات وقامت الجمعية بتعيين عدد مناسب من الأخصائيين الإجتماعيين كى يمكن تأدية هذه الخدمات على أسس فنية منظمة. وقد اتسع نشاط الجمعية شيئاً فشيئاً فأصبحت لها الآن فروعها المختلفة بالمحافظات، ومؤسسة لرعاية أبناء مرضى الدرن وهى مدينة تحسين الصحة بالهرم، كما أقامت دور للطلبة الناقهين من الدرن كما أنشأت مصنعاً للنسيج يدار على أسس تعاونية لصالح أبناء مرضى الدرن وتهدف الجمعية إلى إيجاد وسائل التأهيل المهنى للمرضى.

كما تأسست جمعية مكافحة الدرن في عام ١٩٣٦ وكان ضمن أغراضها توفير المأكل والملبس والمسكن للمعدمين من المرضى وذويهم، ثم تطورت فيما بعد وأنارت الطريق أمام المسئولين لإنشاء جمعية أهلية كبرى تقوم على رعاية مرضى الدرن إجتماعياً على أسس علمية مكان إنشاء الجمعية العامة لمكافحة التدرن فى عام ١٩٥٣ .

كما قامت بعض جميعات أخرى مثل الجمعية الأهلية لمكافحة الدرن فى الإسكندرية عام ١٩٣٨ . كما أن جمعية الهلال الأحمر وجمعية المواساة الإسلامية كان لهما نشاطاً ملحوظاً فى تقديم ألوان مختلفة من الخدمات الإجتماعية فى المجال الطبى. هذا إلى جانب بعض الجمعيات الخيرية الأخرى ذات النشاط المحدود (٩) .

مراجع الفصل الثانى

١ - عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد فى المجتمع النامى، ط ١، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٨٠، ص ١١.

٢ - محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، ط ٢، القاهرة، دار المعرفة، ١٩٨٥، ص ص ٧ - ٩.

٣ - عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين فى المجتمعات النامية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٤، ص ٩٣.

٤ - عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٦٩، ص ٩٢.

٥ - محمود حسن، مقدمة الخدمة الإجتماعية، الإسكندرية، دار الكتب الجامعية، ١٩٧٥، ص ٦٦٦.

٦ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية، ط ١، القاهرة، مطبعة العلوم، ١٩٦١، ص ص ١٨ - ٢٠.

٧ - محمود حسن، مقدمة الخدمة الإجتماعية، مرجع سابق، ص ٦٦٧.

٨ - محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مرجع سابق، ص ١٧.

٩ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ص ٢٣ - ٢٦.

الفصل الثالث

الخدمة الإجتماعية الطبية

أهميتها وفلسفتها

الخدمة الإجتماعية الطبية

أهميتها وفلسفتها

الخدمة الإجتماعية فى مفهومها المعاصر مهنة متخصصة لها قوانينها الفنية وأساليبها العلمية، ظهرت فى المجتمعات المتطورة منذ أوائل القرن العشرين كاستجابة حتمية لحاجات إنسان هذا العصر.

والخدمة الإجتماعية كمهنة يعرفها « الفريد لندر Friedlander » بأنها «نوع من الخدمات المهنية، تعتمد على قاعدة من المعرفة العلمية، والمهارات المختلفة فى ميدان العلاقات الإنسانية، تمارس فى مؤسسات إجتماعية لمساعدة الأفراد كحالات أو كجماعات للوصول إلى مستوى من التكيف والنضج والإعتماد على أنفسهم » (١).

ويذهب « دونهام » Dunham إلى أنها « تلك الخدمة المهنية التى تقدم للناس بغرض مساعدتهم على تنمية قدراتهم والوصول إلى تحقيق علاقات مرضية ومستويات ملائمة من الحياة فى إطار إحتياجات وإمكانات المجتمع» (٢)

وفى ضوء هذا المفهوم، فإن الخدمة الإجتماعية الطبية بوصفها مجال نوعى للخدمة الإجتماعية ذاتها تكون خدمة مهنية تساعد المريض – فرداً كان أو جماعة – طالما هو يواجه مشكلة تتطلع إلى المساعدة الفنية المهنية لمواجهتها وذلك لمساعدته على الإستفادة الكاملة من العلاج الطبى.

وقد ظهرت **تعاريف** متعددة حول **الخدمة الإجتماعية الطبية** منها :

١ - الخدمة الإجتماعية الطبية هى « إحدى مجالات الخدمة الإجتماعية، تمارس فى المؤسسات الطبية، أساسها العمل المشترك بين الطبيب وهيئة التمريض والأخصائى الإجتماعى، وتهدف إلى الوصول بالمريض للإستفادة الكاملة بالعلاج الطبى والتكيف فى بيئته الإجتماعية»[٣].

٢ - الخدمة الإجتماعية الطبية هى « إحدى مجالات الخدمة الإجتماعية، تمارس فى المؤسسات الطبية، لمساعدة المريض فرداً كان أو جماعة باستغلال إمكاناته وإمكانات مجتمعه للتغلب على الصعوبات التى تعوق تأديته لوظيفته الإجتماعية وذلك للإستفادة من العلاج الطبى ورفع الأداء الإجتماعى إلى أقصى حد ممكن»[٤].

٣ - ويراها البعض بأنها « إحدى مجالات الخدمة الإجتماعية التى تعنى بالعلاقات الإجتماعية بين المريض والمستشفى وبيئته الخارجية » .

٤ - كما يذهب آخرون إلى أنها « مهنة التعامل مع الذات الإجتماعية للمرضى لتدعيم الذات المرضية » (٥).

وتأسيساً على ماسبق نستطيع من جانبنا أن نقدم مفهوماً إجرائياً يعكس أهم **الملامح والخصائص الرئيسية للخدمة الإجتماعية الطبية** فيما يلى :

(١) الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية خدمات مهنية لها قواعدها وأصولها الفنية التى تستند على قيم ونظريات ونماذج علمية تشكل الأساس المعرفى فى تدخلها المهنى.

(٢) إن الخدمة الإجتماعية الطبية مجال من مجالات الممارسة فى الخدمة الإجتماعية تتفاعل أساساً مع المريض وأسرته، وتمتد خدماتها إلى الفريق الطبى والعاملين بالمستشفى بل إلى المجتمع المحلى.

ومن ثم فهى تسعى إلى تقديم أقصى درجة ممكنة من المساعدة لهم.

(٣) تتميز الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية بطابعها العلاجى أساساً وإن كان ذلك بالضرورة قد يحقق أهدافاً وقائية وإنشائية فى ذات الوقت.

(٤) تؤمن الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية بأن مشكلات المريض نابعة من تفاعله مع بيئته الإجتماعية ومن ثم فهى تملك القدرة على التأثير فى كل من المريض وفى هذه البيئة فى الوقت نفسه.

(٥) تقوم الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية بمسئولياتها عن طريق المساهمة عند الضرورة لمساعدة المريض وحماية له من نفسه وحماية للمجتمع فى نفس الوقت فهى معروضة ومفروضة فى نفس الوقت.

(٦) إن الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى تستخدم طرقاً فنية للتعامل مع المريض كفرد أو كعضو فى جماعة أو مجتمع - هى طريقة خدمة الفرد، خدمة الجماعة، تنظيم المجتمع كما أنها تستخدم طريقتين أخرتين لتعاون فى ممارسة الطرق الثلاثة الأساسية وهما طريقة البحث الإجتماعى وطريقة إدارة المؤسسات.

(٧) يمارس الخدمة الإجتماعية الطبية أخصائيون إجتماعيون لديهم الإستعداد لممارسة هذه المهنة وتم إعدادهم إعداداً مهنياً خاصاً، أكاديمياً وعملياً.

(٨) تمارس الخدمة الإجتماعية فى نطاق هذا الميدان من خلال تنظيمات طبية متخصصة (مستشفيات – مصحات علاجية – عيادات طبية ... إلخ). وعموماً فإن أى من هذه التنظيمات لها فلسفتها وأهدافها ووظائفها وخدماتها ونظام يحكم عملها ويجب على الإخصائى الإجتماعى الطبى أن يمارس الخدمة الإجتماعية من خلال هذه الأهداف وتلك الوظائف مراعياً نظم هذه المؤسسات الطبية.

(٩) تعتمد الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية فى ممارستها على التخطيط العلمى الذى يبدأ بعملية الدراسة لنسق التدخل المهنى سواء كان المريض أو أسرته أو المجتمع، ثم عملية التشخيص (التحليل)، ثم وضع الخطة العلاجية المناسبة (التخطيط)، ثم القيام بمتابعة وتقويم ما تم من تدخل مهنى.

(١٠) تعتمد فى عملية المساعدة على التعاون بين فريق العمل كما تمثله كافة التخصصات المهنية الطبية والنفسية والمختبرية .. إلخ.

(١١) تمثل الوسيط بين أطراف الموقف العلاجى (المريض والأسرة والطبيب بل ومؤسسات المجتمع بصفة عامة).

(١٢) تتطلب مهارات خاصة علاقية وفنية فى التعامل مع أنماط المرضى، والفريق المعالج ومؤسسات المجتمع وما إلى ذلك.

أهمية الخدمة الإجتماعية الطبية

ترجع أهمية الإستعانة بالخدمة الإجتماعية فى التنظيمات الطبية لإعتبارات عديدة نذكر منها :

١ - تحتل الخدمة الإجتماعية الطبية أهمية بالغة فى عالم اليوم الذى تعقدت فيه أساليب وإجراءات الرعاية الطبية بتخصصاتها المختلفة وتحولت فيه المستشفيات والعيادات إلى مؤسسات بيروقراطية متعددة التخصصات والإجراءات، إدارية كانت أو طبية متخصصة بل إن ظهور نظريات التحليل النفسى والطب النفسى وتوالى الكشوف العلمية الحديثة حول كل من الأمراض التقليدية وأمراض العصر، أدت إلى سيادة العنصر الإنسانى والسلوكى والإجتماعى على كافة العناصر الأخرى فى تفسير أسباب المرض بل وبرسم خطط العلاج. وليصبح البعد الطبى فى التعامل مع المرض هو مجرد واحد من الأبعاد الواجب الإهتمام ولكن ليس نهاية المطاف. حقيقة أدركها قديماً الطبيب الأمريكى الشهير ريتشارد كابوت R. Cabot سنة ١٩٠٥ حينما أعلن مقولته الشهيرة: « لا لا علاج لمرض بدون علاج واقعنا الإجتماعى » وأفسح المجال لدخول الأخصائى الإجتماعى المجال الطبى منذ ذلك التاريخ وحتى اليوم ليس فقط فى مستشفى مساشوستس التى كان يعمل بها ولكن لتنتشر فى غالبية أنحاء العالم (٦). ويقول الدكتور سبنسر كولز « إن ثمانى عمليات من كل عشرة عمليات جراحية غير ضرورية بالمرة وكثير من الناس الذى يعانون آلاماً معدية وآلام الزائدة الدودية وأمراض القلب وغيرها من الأمراض الشائعة ليسوا مرضى بالمعنى الصحيح للمرض الجسمى، وهذه الأعضاء المصابة قد تكون سليمة تماماً بالرغم من

وجود الآلام وظهور الأمراض الحقيقية التى قد تكشف عنها أشعة إكس. وقد تكون الأسباب الأساسية لهذا المرض هى القلق والمخاوف والتوتر الوجدانى وهموم الحياة» [٧].

ولذا فالمثل الذى يقول « إن الصحة هى التحرر من الهموم » ينطوى على الكثير من الحقائق الثابتة.

ولذلك فتعاون كل من الطبيب والأخصائى تحكمها وحدة شخصية المريض وتكاملها فهو تعاون مطلق سواء فى المراحل التشخيصية أو العلاجية أو فى فترات النقاهة.

٢ - إذا كانت الخدمة الإجتماعية الطبية تمثل ضرورة من ضروريات العلاج إلا أن لها دورها الوقائى بنشر الوعى الصحى والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض وذلك تجنباً لانتكاس المرض بالنسبة للمريض أو سريان عدواه إلى باقى أفراد أسرته وما إلى ذلك.

٣ - هناك بعض الأمراض التى يكون واضحاً فيها الجانب الإجتماعى أو التى تعود إلى الأنماط الثقافية الموجودة فى البيئة، وهنا يصبح دور الخدمة الإجتماعية هو المطلب الهام إن لم يكن هو المطلب الأهم.

فمجتمعاتنا النامية تتميز بتفشى الخرافات والشعوذة بين الغالبيةمن الناس وخاصة فى شئون المرض والصحة. فانتشار الجهل ورسوخ العادات والتقاليد البالية بين هذه الجموع من الناس تشكل مشكلات صحية جسيمة الخطر على صحة أبناء هذه المجتمعات فى حاضرهم وفى مستقبل أبنائهم من بعدهم، ومن ثم على مستقبل هذا المجتمع ورفاهيته، ولعل أهم مظاهر هذا الجهل وهذه المعتقدات مقاومة العامة للعلاج الطبى أو عدم الإعتقاد فى قيمته أو فى إنكار المرض أو عدم

الإمتثال الكامل لأوامر الطبيب بالتزام الراحة أو اتباع نظام خاص فى التغذية أو إجراء جراحة وما إلى ذلك. ويستتبع ذلك بالضرورة الإلتجاء إلى الوصفات البلدية أو الدق والزار أو قراءة التمائم أو الإلتجاء إلى مدعى الطب والدجالين وأمثالهم. ومثل هذه الظواهر وغيرها تشكل أعباء إجتماعية وإقتصادية لايمكن أن تحتملها هذه المجتمعات فى فترة هى فى حاجة إلى جهود أبنائها لتنمية مجتمعهم.

وهكذا يتبين لنا مدى الحاجة إلى جهود أخرى غير العلاج الطبى ذاته هو ما نعرفه بالخدمة الإجتماعية الطبية.

٤ – أضف إلى ماسبق أن كثيراً من مجتمعاتنا النامية تعانى من فقر وحاجة تعرقل حتى فئة المثقفين من الناس عن السعى للعلاج الطبى أو المداومة على العلاج أو حتى الإستفادة من الإمكانيات العلاجية المجانية المتاحة لهم لعدم تحمله أعباء التعطل عن عمله أو التخلف عن إدارة أعماله أو بيع تجارته (٨)، بالإضافة إلى ما قد يتطلبه العلاج من نفقات باهظة التكاليف وخاصة إذا ما استدعى الأمر الإقامة بالمستشفى لفترة زمنية طويلة أو إجراء عملية جراحية. ومن هنا فإن الأخصائى الإجتماعى الطبى يحاول بأساليبه المهنية مواجهة الظروف وتذليل الصعوبات التى تعترض إستفادة المريض من كل أساليب العلاج المقررة لحالته. وذلك بالإلتجاء إلى كافة المصادر والخدمات المتوفرة داخل المستشفى أو خارجها وتوجيه المريض أو أسرته للإستفادة منها.

٥ – الفراغ الذى يشعر به المريض خلال تواجده فى القسم الداخلى وخاصة لفترات طويلة مما يستلزم تنظيم برامج خاصة لهم (٩). وهنا يبرز دور الخدمة الإجتماعية ، ويؤكد أهمية تدخلها فى هذا الميدان.

٦ – وأخيراً، المستشفى بحكم وظيفتها وطبيعة العمل فيها تعد «البوابة» التى يخرج منها المعوقون، وفى الإتصال المبكر بهم عن طريق الإخصائى الإجتماعى ما يعين على توجيههم الوجهة التأهيلية المناسبة، وبذلك يتحولون إلى طاقات إيجابية منتجة بدلاً من تعرضهم لنوازع إتكالية أو سلبية تشكل منهم عبئاً اقتصادياً على أسرهم ومجتمعهم [١٠].

فلسفة الخدمة الإجتماعية الطبية

الفلسفة هى مجموعة من المعتقدات والأهداف والقيم والمبادئ الأخلاقية. ولكل مهنة مجموعة متميزة من هذه المعتقدات والقيم التى تميزها عن غيرها من المهن وهذا ما نطلق عليه الفلسفة المهنية Professional Philosophy. وهذه الفلسفة إنما تمثل جزءاً جوهرياً من الثقافة الفرعية للمهنة التى يجب أن ينتمى إليها الممارس المهنى، والتى يجب أن تكون جزءاً من ذاته المهنية P. Self، وأن يعتنقها ويتطبع بها ويعمل وفقاً لها (١١).

وتقوم فلسفة الخدمة الإجتماعية الطبية على بعض الأسس والمسلمات التى ساعد على كشفها التقدم العلمى الحديث والقيم الإنسانية المجردة. ويمكن تلخيصها فيما يلى :

١ - الإنسان كل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة العقلية والبيولوجية والنفسية والإجتماعية دائماً مادام هو إنسان يعيش فى مجتمع إنسانى وفى بيئة إجتماعية.

٢ - ومن ثم فأى إضطراب فى إحدى هذه العناصر هو نتيجة التفاعل بين عناصره الأخرى لأحداث هذا الإضطراب. كما أن هذا الإضطراب يؤدى بدوره إلى إضطراب العناصر الأخرى وهكذا.

٣ - الإنسان هو أسمى الكائنات الحية شأناً وقيمة فى سلم الكائنات الحية. والخدمة الإجتماعية الطبية تؤكد هذه القيمة الإنسانية، وتؤمن بكرامة الإنسان وإحترام ذاته.

٤ - الخدمة الإجتماعية الطبية تؤمن بفردية الإنسان، فرغم الحاجات المشتركة له فى حالة إصابته بأمراض معينة إلا أنه يختلف عن أى مريض

آخر بنفس نوع المرض ويحتاج إلى نوع معين من المعاملة ونمط معين من الخدمات وأسلوب خاص فى الرعاية [١٢].

٥ - إن العوامل الإجتماعية للإنسان ترتبط إرتباطاً وثيقاً بالمرض بل وقد تكون سبباً له، ولذا يجب أن يسير كل من العلاج الطبى والعلاج الإجتماعى جنباً إلى جنب [١٣].

أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية:

وتأسيساً على ماسبق تتحدد الإستراتيجية العامة (الأهداف) للخدمة الإجتماعية الطبية فيما يلى [١٤] :

١ - مساعدة المريض على مواجهة مشكلاته، بما يعاون على إستفادته من العلاج وإتمام شفائه، ومعاونته على الإستفادة من الموارد المتاحة فى المجتمع على أفضل وجه يلائم ظروفه، وإحتياجات أسرته.

٢ - تزويد الطبيب المعالج بمعلومات خاصة بالمريض وظروفه الإجتماعية والنفسية والبيئية، لما لذلك من أهمية فى عملية التشخيص لحالة المريض ووضع خطة العلاج المناسبة له.

٣ - تنسيق عمليات الإتصال اللازمة بين وحدات المستشفى وأقسامه المختلفة وبين المستشفى وغيره من الجهات الأخرى، بما يضمن حصول المرضى على الرعاية الكافية وفق حالتهم.

٤ - نقل إتجاهات المواطنين فى المجتمع المحلى للمستشفى وشرح سياسات المستشفى للمواطنين، والإسهام فى جهود التثقيف الصحى والدعوة إلى الإجراءات والممارسات الوقائية.

٥ - إيجاد الجو المناسب والإتجاهات المناسبة لخدمة المرضى، ومساعدة العاملين فى المستشفى على مواجهة مشكلاتهم الشخصية والإجتماعية التى تؤثر على أدائهم لعملهم باعتبارهم بشراً لهم نفس المشكلات التى تواجه غيرهم من المواطنين.

مراجع الفصل الثالث

(١)

(2) Arther Dunham, The New Community Organization, N. Y., Co., Inc., 1970, p. 20.

(٣) أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية ، مرجع سابق، ص ٢ .

(٤) إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى والنفسى، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٠ ، ص ٢٥ .

(٥) عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد محمد، الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى ورعاية المعوقين، ط ٢ ، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٧ ، ص ١١٦ .

(٦) عبد الفتاح عثمان، عبدا لكريم العفيفى معوض، خدمة الفرد التحليلية بين النظرية والتطبيق، ط ٢ ، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٤ ، ص ٣٧٧ .

(٧) فاطمة الحارونى، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الإجتماعية، ط ٥ ، القاهرة، مطبعة السعادة، ١٩٧٤ ، ص ٦٠٥.

(٨) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، مرجع سابق، ص ٨٧.

(٩) إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى والنفسى، مرجع سابق، ص ٨٨ .

(١٠) محمد عبد المنعم نور ، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مرجع سابق، ص ٨٤.

(11) Max Siporin, Introduction to Social Work Practice, N. Y., Macmillan, B. Co., Inc., 1975, p. 62.

(١٢) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، مرجع سابق ، ص ص ١٠٣ ، ١٠٤.

(١٣) أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ٢.

(١٤) أنظر :

- ابراهيم عبد الرحمن رجب، تنظيم أقسام الخدمة الإجتماعية فى المستشفيات، ورقة عمل مقدمة إلى ندوة « التطورات الحديثة فى الخدمة الإجتماعية الطبية » ، التى تنظمها الإدارة العامة للصحة النفسية والإجتماعية بوزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية بالرياض، من ١ - ٢ جمادى الثانية ١٤١١ هـ ، ص ٥.

- Rex, Skidmore & Milton, G., Introduction to Social Work, 2ed, U.S.A., Prentice Hall, Inc., 1976, p. 85.

- Deporah B., & Anderay, Anita, K., Clients Evaluation of Medical Social Services, in Social Work, N. Y., N. A. S. W., Vol. 20, 1975, p. 44.

الفصل الرابع

تنظيم أقسام الخدمة الإجتماعية
فى محيط التنظيمات الطبية
(البناء والوظيفة)

تنظيم أقسام الخدمة الإجتماعية
فى محيط التنظيمات الطبية
(البناء والوظيفة)

التنظيمات الطبية:

هى كل وحدة أو هيئة أو مؤسسة طبية تستهدف تقديم رعاية علاجية صحية للأفراد سواء كانت هذه الرعاية، رعاية علاجية أو وقائية أو إنشائية ، وسواء كانت رعاية عامة أو رعاية متخصصة، تقدم هذه الخدمات لأفراد يقيمون فى بيئة جغرافية معينة أو يتبعون قطاع مهنى ... إلخ. أو تقدم خدماتها للجميع بلا استثناء. وتكتسب المؤسسة هذه الصفة العلاجية أو الوقائية الصحية لوجود عدد مناسب من المتخصصين بها فى شئون الطب كالأطباء والممرضين والأخصائيين فى شئون العلاج أو الكشف أو التحليل وما إلى ذلك.

وينطوى تحت المؤسسات العلاجية؛ المستشفيات العامة والعيادات والمستشفيات التخصصية والمستوصفات، كما ينطوى تحت المؤسسات الوقائية؛ مكاتب الصحة، ومراكز رعاية الطفولة والأمومة والصحة المدرسية ومكاتب التثقيف الصحى، كما انتشرت المؤسسات الإنشائية كدور النقاهة، ومراكز ومكاتب التأهيل المهنى ... إلخ.

وتتصف التنظيمات الطبية وخاصة فى المستشفيات والمصحات بتعدد أقسامها وكثرة عدد العاملين بها مع إختلاف تخصصاتهم، ومسئولياتهم. كما تتسم هذه التنظيمات بطابع يميزها عن غيرها من التنظيمات أو

المؤسسات الإجتماعية التى تعمل بها الخدمة الإجتماعية فى المجتمع. فهى وحدة من نمط خاص يكسبها منظر المرضى وآلامهم ورائحة الدواء والمطهرات ولون الملابس والأسره نموذجاً خاصاً فريداً، وجواً نفسياً خاصاً بها[1].

والخدمة الإجتماعية كقسم من أقسام المؤسسة الطبية لايعتبر وحدة مستقلة ولكنه جزء من إدارتها تابع لها ويخضع لإشرافها. فهو مكمل للعمل الرئيسى الذى يتركز فى علاج المريض، لذلك يجب أن يؤمن قسم الخدمة الإجتماعية بضرورة وأهمية العلاقة الإيجابية بينه وبين الأقسام الأخرى بالمستشفى، وبالفريق العلاجى الذى يضم الطبيب المعالج والممرضات والأخصائى النفسى وأخصائى العلاج الطبيعى وغيرهم لما فى ذلك صالح المريض وصالح العمل وتحقيق أهداف المؤسسة الطبية. ونظراً لحداثة أقسام الخدمة الإجتماعية فى المستشفيات فإن عليها مسئولية التوعية بأهدافها ورسالتها لجميع المسئولين بالمستشفى وغيرهم [2]. ولاشك أن خير تعريف بهذه الأهداف هو ما تحققه من إنجازات ملموسة وفوائد عملية يلمسها المرض، كما يحسها القائمون بالعمل فى المستشفى.

البناء التنظيمى لأقسام الخدمة الإجتماعية
فى التنظيمات الطبية

لقد نص الدليل الصادر عن الإتحاد الأمريكى للمستشفيات American Hospital Assoication حول الشروط الواجب توافرها عند النظر فى الإعتراف بالمستشفيات فى الولايات المتحدة الشرط الآتى:

« أن تتضمن الخطة التنظيمية للمستشفى قسماً للخدمة الإجتماعية ... يتولى الإشراف على تقديم الخدمات فيه أخصائى إجتماعى مؤهّل يكون مسئولاً أمام المدير التنفيذى للمستشفى ».

ووفقاً لهذا الشرط فإن إنشاء قسم للخدمة الإجتماعية بكل مستشفى يعتبر أمراً ملزماً لجميع المستشفيات، غير أن الطريقة التى ينفذ بها هذا الشرط تختلف بطبيعة الحال بحسب حجم المستشفى ومهمته، فالوضع مثلاً فى المستشفيات الجامعية والتخصصية الكبيرة يختلف عنه فى المستشفيات الصغيرة الحجم.

ففى **الحالة الأولى** فإن قسم الخدمة الإجتماعية عادة ما يضم عدداً كبيراً نسبياً من الأخصائيين الإجتماعيين يرأسهم مدير أو رئيس للقسم، يعاونه عدد من مساعدى المدير والمشرفين والأخصائيين الإجتماعيين، أما فى **الحالة الثانية** فإن المستشفى الصغير قد يتعاقد مع أحد الأخصائيين الإجتماعيين لبعض الوقت أو يتعاقد مع إحدى المؤسسات الإجتماعية الموجودة فى المنطقة أو أحد المستشفيات الكبيرة القريبة لتقديم الخدمات الإجتماعية المطلوبة بحسب العقد. وفى كثير من المستشفيات فإننا نجد أن قسم الخدمة الإجتماعية يضم أخصائياً إجتماعياً واحداً، ولكن هذا بالطبع يضع عبئاً كبيراً عليه، ويتطلب منه مهارة فى توزيع إهتمامه ووقته بين الأعباء الإدارية

والكلينيكية والإستشارية والبحثية والتعليمية، وذلك وفقاً للأولويات التى يراها تبعاً لظروف المستشفى وإحتياجات إدارته، ففى حالة وجود ضغط على الأسره فى المستشفى فإن الأخصائى فى تلك الحالة قد يعطى إهتماماً أكبر للتخطيط لعملية خروج المرضى من المستشفى بعد إنتهاء العلاج وذلك على حساب الأنشطة الجماعية والترويحية للمرضى المنومين وهكذا.

وإذن فإن من المتعارف عليه الآن أنه فى معظم المستشفيات سواء كانت عامة أو تخصصية أن يكون تقديم الخدمات الإجتماعية من الناحية التنظيمية والإدارية على مستوى « القسم » أو الإدارة Department « وهذا يعنى التساوى فى البناء الإدارى مع بقية الأقسام الطبية كأقسام الجراحة والباطنة والطب الطبيعى وهكذا ».

وهذا **البناء التنظيمى يعطى الخدمة الإجتماعية** مايلى :

١ – هوية مهنية مستقلة.

٢ – قوة فى اتخاذ القرارات المتصلة بسياسة المستشفى.

٣ – سلطة التحكم فى موارد الخدمة الإجتماعية (وكيفية التصرف فيها لتحقيق أهداف المستشفى).

والواقع أن هناك إتفاقاً فى الرأى على ضرورة تعيين رئيس لقسم الخدمة الإجتماعية مسئول مباشرة أمام مدير المستشفى، وله صلاحيات رؤساء الأقسام الأخرى ويتولى الإشراف على زملائه الإخصائيين الإجتماعيين بالقسم.

وقد أيدت وثيقة هامة صدرت فى عام ١٩٨٢ عن الإتحاد الأمريكى للمستشفيات موضوعها « أساسيات برامج الخدمة الإجتماعية فى المستشفيات » ضرورة إعطاء **رئيس قسم الخدمة الإجتماعية** الصلاحيات اللازمة للقيام بأعباء وظيفته، مع تحمله المسئولية عن تخطيط وتنظيم برنامج

الخدمة الإجتماعية في المستشفى، وأن يقوم بمتابعة تنفذ هذا البرنامج بما يتوافق مع السياسة العامة لإدارة المستشفى وبالتعاون مع رؤساء الأقسام الطبية به، وإلى أنه ينبغي أن يكون برنامج الخدمة الإجتماعية جزءاً لايتجزأ من المهام العامة للمستشفى مع توضيح وتحديد العلاقات بينه وبين الأقسام الأخرى في خريطته التنظيمية.

ويلاحظ أن الأمر قد يتطلب في المستشفيات ذات الحجم الكبير تخصيص واحد أو أكثر من الأخصائيين الإجتماعيين للعمل في كل قسم من أقسام المستشفى مثل قسم الأمراض الباطنة أو الجراحة أو الأطفال أو العيادة النفسية، وفي تلك الحالة فإن هؤلاء جميعاً ينبغي أن يكونوا خاضعين من الناحية المهنية لإشراف قسم الخدمة الإجتماعية أيا كانت الأقسام أو الوحدات التي يتبعونها، وترجع أهمية هذا النوع من التنظيم الداخلي للعمل إلى أنه يضمن المحافظة على مستوى الأداء المهني في المستشى ككل، أما في المستشفيات الجامعية فإن رئيس قسم الخدمة الإجتماعية أو الأخصائي الإجتماعي قد يجد نفسه مسئولاً أمام إدارة المستشفى من جهة وأمام إدارة كلية الطب من جهة أخرى، وهنا فإن من المهم توضيح حدود المسئولية تجاه كل منهما بأن تكون المسئولية أمام إدارة المستشفى هي عن تقديم الخدمات المباشرة للمرضى وأمام إدارة الكلية عن الأنشطة التعليمية.

ومع ذلك فإن قضية مركزية أنشطة الخدمة الإجتماعية أو لا مركزيتها لازالت تحتمل أكثر من رأى.

فهناك من يرون أن يكون **التنظيم مركزياً** بمعنى وجود جميع الأخصائيين الإجتماعيين في المستشفى تحت سقف واحد حيث يقوم القسم بالإدارة والتوجيه لأداء الأعمال المطلوبة في أقسام المستشفى الأخرى بحسب الحاجة، وحجة أصحاب هذا الرأى أن هذا النوع من التنظيم يضمن توحيد

مستوى الخدمة فى المستشفى ككل كما ذكرنا من قبل، أما من يرون أن يكون **التنظيم لامركزياً** بمعنى وجود وحدة إدارية صغيرة فقط فى القسم مع إلتحاق الأخصائيين الإجتماعيين بالأقسام والأدوار بشكل مستمر فإن حجتهم فى ذلك أنه يقرب الأخصائيين الإجتماعيين من مواقع إكتشاف الحالات بشكل مباشر، كما أنه يزيد من تراكم الخبرة لدى الأخصائيين فى التعامل مع أنواع معينة من الحالات، وعموماً، فإن القرار المتصل بتبنى إتجاه المركزية أو اللامركزية ينبغى ألا يتخذ على أساس فلسفى نظرى وإنما على أساس واقع المستشفى وظروفه ومدى توافر أماكن كافية لإجراء المقابلات أو للعلاج فيه.

أما بالنسبة **لمؤهلات** مدير أو رئيس قسم الخدمة الإجتماعية بالمستشفى فإنه ينبغى أن يكون حاصلاً على درجة الماجستير فى الخدمة الإجتماعية، مع خبرة إدارية، ويفضل أن تكون له خبرة سابقة فى العمل فى المجال الطبى. وفى الواقع أن توافر مثل هذه المؤهلات والخبرات تساعده على التعامل مع المهام المعقدة والمسئوليات الإدارية ذات الحساسية التى عادة مايواجهها من يمارسون الخدمة الإجتماعية فى المجالات المضيفة، ويساعد المدير عدد من الأخصائيين الإجتماعيين الحاصلين على درجة الماجستير فى الخدمة الإجتماعية أيضاً ممن يستطيعون بفضل تأهيلهم الجيد أن يتحملوا مسئولية العمل والممارسة المهنية وفقاً لأخلاقيات المهنة، وأن يمتلكوا المعارف العلمية والمهارات المناسبة للعمل فى هذا المجال. أما الأخصائيون الإجتماعيون الحاصلون على درجة البكالوريوس فى الخدمة الإجتماعية فإنهم يستطيعون ممارسة العمل فى أقسام الخدمة الإجتماعية تحت إشراف مستمر من جانب زملائهم الحاصلين على درجات علمية أعلى.

أما عن عدد الأخصائيين الإجتماعيين اللازمين لأداء العمل بشكل كاف فى أقسام الخدمة الإجتماعية بالمستشفيات فإنه يتوقف بطبيعة الحال على عدة عوامل منها :

١ – حجم المستشفى وعدد الأسرة به وعدد مرضى العيادات الخارجية.

٢ – طبيعة الحالات المرضية ودرجة حدة أو إزمان المرض.

٣ – درجة تدخل العوامل النفسية والإجتماعية كمسببات للمرض أو كمعوقات لنجاح العلاج [٣].

وعلى سبيل المثال أن عدد الأخصائيين الإجتماعيين اللازمين لـ ٥٠ مريض فى مستشفى للأمراض الصدرية يختلف عنه لنفس العدد من المرضى فى مستشف للأمراض الباطنة وهكذا.

هذا وفى حالة تقيم العمل حسب عدد الأخصائيين الموجودين بالقسم، بأن يعهد لكل أخصائى إجتماعى بعدد من الحالات التى يقوم بإستقبالها وبحثها وتوجيهها وتتبعها، ليكن من المعلوم أنه يجب تحديد عدد هذه الحالات التى يتولاها الأخصائى الإجتماعى فى وقت واحد وإلا ضاعت جهوده وأصبحت عديمة الجدوى ولايظهر لعمله أثراً فى هذه الحالة، وقد يخيل للبعض أنه لاعمل للأخصائى الإجتماعى بالمستشفى، وقد حددت بعض المستشفيات العامة فى أمريكا عدد الحالات التى يمكن أن يتولاها الأخصائى الإجتماعى بالمستشفى دورياً بخمسين حالة وحددتها أخرى بثلاثين حالة، وهذا التحديد يرجع إلى نوع الخدمة الإجتماعية الطبية

بالمستشفى وما تتطلبه هذه الخدمة من فترة العلاج، ونوع المشاكل الناتجة عن المرض (٤).

وأخيراً، يجب أن يكون موقع قسم الخدمة الإجتماعية فى مكان مناسب حيث يمكن الإتصال به بسهولة سواء من المرض أو الأطباء وغيرهم . كما يجب أن يكون المكان الذى يشغله القسم كافياً ومتسعاً لنضمن حسن سير العمل به، على أن يخصص غرفة منفردة يتم فيها المقابلات مع المرضى أو الإجتماعات الدورية وما إلى ذلك.

كذلك يجب توفير الأثاث اللازم والأدوات التى تيسر للأخصائيين القيام بأعمالهم على أكمل وجه ممكن.

وظائف وبرامج أقسام الخدمة الإجتماعية فى التنظيمات الطبية :

تقوم أقسام الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية بتقديم العديد من الخدمات، ويتم تنظيم هذه الأقسام على أساس يعكس أهداف هذه التنظيمات من جهة وأهداف الخدمة الإجتماعية من جهة أخرى.

وقد بذلك جهود متعددة لتصنيف الوظائف التى تقوم بأدائها أقسام الخدمة الإجتماعية بما يساعد القائمين على تلك الأقسام بالإختيار من بينها أو التركيز على بعضها عند تصميم البرا مج، بما يتلاءم وطبيعة المستشفى وحجم وعدد الأخصائيين الإجتماعيين العاملين فى القسم، وكذلك بما يساعد إدارة المستشفى على تحديد أنواع البرامج التى يمكن للقسم من خلالها أن يحقق أهداف المستشفى على أفضل وجه ممكن، وسنعرض فيما يلى لبعض هذه الجهود بشئ من التفصيل.

أولاً : وظائف قسم الخدمة الإجتماعية فى المستشفى :

١ - التخطيط لمرحلة ماقبل دخول المستشفى

: "PRE Admission Planning"

ويتضمن تقديم المشورة والمساعدة المهنية للمريض وأسرته لمواجهة المشكلات المرتبطة بشكل مباشر بترتيبات وظروف دخول المستشفى للتنويم.

٢ - البحث عن الحالات المحتاجة للمساعدة "Case Finding" :

القيام بالإكتشاف المبكر للحالات التى تحتاج إلى المساعدة وذلك دون إنتظار لأن تتقدم تلك الحالات بنفسها لطلب المساعدة أو أن تحول من جانب الأطباء وغيرهم من العاملين فى المستشفى بعد حدوث الصعوبات أو المشكلات بالفعل.

٣ - التقويم النفسى الإجتماعى Psychosocial Evaluations :

جمع البيانات المتصلة بموقف المريض من النواحى الإجتماعية والنفسية والثقافية والبيئية والمالية، وإستخدام تلك البيانات فى تقدير الموقف النفسى / الإجتماعى بصفة عامة ثم فى وضع خطة للعلاج.

٤ - التخطيط لعملية خروج المريض من المستشفى

Discharge Planning :

تقديم المشورة اللازمة فيما يتصل مباشرة بترتيبات خروج المريض من المستشفى وما تتطلبه حالته من رعاية فى فترة النقاهة لضمان عدم إنتكاس الحالة ثم لضمان تدعيم نتائج العلاج الذى تم فى المستشفى على أفضل وجه.

٥ - تقديم المعلومات والتحويل Information & Referral :

تقـديم المعلومـات للمـريض وأسـرته حـول أنواع الخـدمـات المتـاحـة فى المؤسسات والهيئات الأخرى الموجودة فى المجتمع والتى يمكن لهم الإستفادة منها.

٦ - تيسير الإستفادة من خدمات مؤسسات المجتمع :

Facilitating Community Agency Referral

القيام بمتابعة مايتم من إجراءات للحصول على هذه الخدمات، حتى ولو تطلب الأمر قيام الأخصائى بمصحابة المريض إلى تلك الهيئات أو المؤسسات لمقابلة المسئولين فيها لاستكمال الإجراءات، وقد يتضمن ذلك تمثيل المريض وتبنى قضيته أمام تلك الهيئات.

٧ - تيسير الإستفادة من الخدمات التى تقدمها المستشفى للمريض :

Facilitating Use of Hospital Services

القيام بتبنى المواقف التى فى مصلحة المريض وأسرته Advocacy role أمام جميع الأقسام فى داخل المستشفى وأمام جميع العاملين فيه حتى يشعر المريض فى كل الظروف أن هناك من يقف بجانبه، وأن هذه هى سياسة المستشفى وإدارته مما يقلل من مشاعر الإغتراب والإحباط بين المرضى.

٨ - تقديم المشورة المهنية حول حالة المريض للعاملين بالمستشفى :

Case Consultation to Hospital Staff

عقد إجتماعات رسمية (كلما تطلب الأمر ذلك) مع الطبيب المعالج أو المسئولين عن التمريض بهدف تقديم المعرفة الفنية المتخصصة حول

المشكلات النفسجتماعية للمريض أو حوال الإجراءات والخدمات التى تتطلبها حالته الصحية.

٩ - تقديم المشورة المهنية حول حالة المريض للمؤسسات الموجودة فى البيئة :

Case Consultation to Community Agencies

عقد إجتماعات رسمية مع المختصين فى الرعاية الصحية فى المؤسسات الأخرى الموجودة فى البيئة (مؤسسة للتأهيل الطبى أو التأهيل المهنى مثلاً) لتقديم المعرفة الفنية المتخصصة حول مشكلات المريض الذى تقوم تلك المؤسسات برعايته.

١٠ - تقديم المشورة المهنية حول برنامج المستشفى بصفة عامة لإدارة المستشفى:

Program Consultation to Hospital Staff

تقويم أحوال المرضى فى المستشفى بصفة عامة، وجمع البيانات حول مشكلات رعاية المرضى، وعرض تلك البيانات على الأقسام المختصة مع التوصية بالتغييرات المناسبة فى سياسة المستشفى أو فى الإجراءات المتبعة فيه وذلك فى الإتجاهات التى تتمشى مع حسن تقديم الخدمات والتى تحفظ حقوق المرضى وأسرهم.

١١ - تقديم المشورة المهنية حول البرامج التى تقدمها المؤسسات الأخرى الموجودة فى المجتمع :

Program Consultation to Community Agencies

عقد إجتماعات مع المسئولين فى المؤسسات الأخرى التى تقدم خدماتها

فى المجتمع المحلى بهدف تقديم المعارف الفنية المتخصصة حول برامج تلك المؤسسات وكيف يمكن زيادة فاعليتها فى ضوء الخبرة المتجمعة لدى الأخصائيين نتيجة عملهم مع المرضى وأسرهم.

١٢ - المعاونة فى الأنشطة التخطيطية للمستشفى :

Hospital Planning Activities

المشاركة فى أعمال اللجان التى تقوم بالتخطيط قصير المدى أو طويل المدى بالمستشفى والتى تقوم بوضع البرامج الضرورية لرعاية المرضى وأسرهم.

١٣ - أنشطة التخطيط الصحى للمجتمع:

Community Health Planning Services

العمل مع المجتمع ومؤسساته لبلورة البرامج الضرورية للرعاية الصحية للمواطنين، وإكتشاف الموارد المحلية التى يمكن إستخدامها لمقابلة حاجات المرضى وأسرهم.

١٤ - أنشطة خدمة المجتمع :

Community Service Activities

المسئولية عن تمثيل المستشفى أمام المجتمع المحلى فى المسائل المتصلة بالرعاية الإجتماعية، والإسهام فى الأنشطة التى تنظمها جماعات المجتمع المحلى بهذا الصدد.

١٥ - خدمات رعاية العاملين بالمستشفى :

Staff Consulting and Referral

تقديم المشورة للعاملين فى المستشفى ممن يواجهون ظروفاً صعبة تؤثر على أدائهم لأعمالهم وتوجيههم إلى الهيئات والمؤسسات المحلية الأخرى للحصول على خدمات أكثر تخصصاً.

١٦ - البحوث Research :

الدراسة المرتبطة للعوامل النفسية الإجتماعية المرتبطة بحاجات المرضى ورعايتهم بصفة عامة، وكذا التقويم الدورى المستمر للخدمات الإجتماعية التى يقدمها قسم الخدمة الإجتماعية سواء ضمن البرامج التى ينظمها المستشفى لتقويم البرامج المقدمة للمرضى أو تلك التى ينظمها القسم نفسه لهذا الغرض [٥].

١٧ - التثقيف الصحى Health Education :

يقع على عاتق قسم الخدمة الإجتماعية الطبية دوره فى التوعية والتثقيف للمريض وأسرته والبيئة فى الحالات التى تستدعى ذلك، ويدخل فى عداد ذلك الإسهام فى حملات الدعاية الصحية وإثارة إهتمام الرأى العام فيما يتصل بالنواحى الإجتماعية للمرض، مستعيناً فى ذلك بوسائل الإعلام المختلفة.

١٨ - شغل وقت الفراغ :

القيام بشغل وقت فراغ المرضى وتيسير سبل الترويح لهم وخاصة فى الحالات التى يطول علاجها.

١٩ - مسئوليات أخرى إدارية ذات صبغة إجتماعية:

ومن الوظائف والمسئوليات الأخرى الملقاة على عاتق قسم الخدمة الإجتماعية الطبية القيام بمهام وأعمال أخرى إدارية ومتنوعة ذات صبغة إجتماعية ومنها مايلى [٦] :

- الحالات المفاجئة التى تستدعى الإتصال بالأسرة أو العمل.

- توجيه بعض المرضى أثناء وجودهم بالعيادة الخارجية نحو الأقسام المختلفة اللازمة لفحصهم وعلاجهم.

- توجيه المرضى الذين لايتيسر قبولهم بالمستشفى إلى المؤسسات والهيئات التى تعتنى بهم بدلاً من مجرد رفضهم.

- الإشراف الإدارى على العيادات الخارجية حينما يطلب منه ذلك.

ثانياً : برامج قسم الخدمة الإجتماعية فى المستشفى :

(١) عند دخول المستشفى :

١ - التقييم المبدئى للعوامل والظروف التى تؤثر على متطلبات العلاج الطبى، وذلك كجزءء من عملية التقييم الأولى لحاجات المريض، وينبغى أن تتم عملية التقييم إما قبل إدخال المريض المستشفى أو بعد دخوله مباشرة.

٢ - يقوم رئيس قسم الخدمة الإجتماعية فى المستشفى بالحصول بانتظام على قائمة بأسماء المرضى الذين يتم قبولهم للتنويم بالمستشفى، ويضع جدولاً زمنياً مناسباً لإجراء إتصال ودى مع كل منهم لتعريفه بالوسط الجديد الذى انتقل إليه ولتوضيح ماهو مسموح به وماهو غير مسموح به للمرضى المنومين، كما يعمل على تقييم الموقف بالنسبة للحاجات الإجتماعية للمريض.

(٢) أثناء العلاج والرعاية فى المستشفى :

١ – تتم دراسة العوامل النفسية والإجتماعية المرتبطة بالمرض الذى يعانى منه المريض، وتلك العوامل التى تؤثر على إستجابته للعلاج، وأيضاً العوامل المرتبطة بحسن إستفادته من الرعاية التى يقدمها له المستشفى عموماً، ثم إتخاذ الإجراءات اللازمة فى كل حالة، بما فى ذلك إمكانية إستخدام خدمة الفرد للمساعدة على حل المشكلات فى هذه المجالات الثلاثة.

٢ – يتم الإتصال يومياً بالمسئول عن خدمات التمريض لتفقد أحوال المريض العامة وللإتفاق معه على الإجراءات الملائمة لتحقيق مصلحة المريض.

٣ – الزيارات المنتظمة من الأخصائيين الإجتماعيين للمرضى بغرض تزويدهم بأى معلومات يكون فى مصلحتهم الحصول عليها، والإجابة عن أسئلتهم، وإعطاء الإقتراحات والتوصيات التى يرون إدعاءها لهم.

٤ – إذا تطلبت حالة المريض – وإذا رغب الطبيب المسئول عن الحالة – يقوم مدير الخدمة الإجتماعية بالمستشفى بمقابلة أسرة المريض للحصول على معلومات تفيد فى التشخيص ، أو لتزويدها بمعلومات غير ذات طبيعة مهنية، أو لتبديد مخاوفها، أو للحصول على تعاونها فيما من شأنه راحة المريض ومصلحته.

(٣) علاقات المرضى والمجتمع المحلى:

١ – يقوم قسم الخدمة الإجتماعية بالمستشفى بإجراء دراسات مسحية رسمية أو غير رسمية لإتجاهات المرضى نحو المستشفى عموماً بشكل منتظم.

٢ – كما يقوم على فترات دورية بالتعرف على ملاحظات المرضى المتصلة بأنواع بعينها من الخدمات كالتغذية وخدمات التمريض والخدمات المعاونة وخدمات النظافة وغيرها.

٣ – يتم تحليل البيانات المسجلة حول خدمات كل قسم من أقسام المستشفى لبيان الإتجاه العام نحو التحسن فى خدمات ذلك القسم أو نحو تدهورها، وللإنتباه لأى ظواهر ذات أهمية خاصة لخطورتها أو تكرارها وهكذا.

(٤) إعداد المرضى للخروج من المستشفى :

١ – إعطاء التعليمات اللازمة للمريض وأسرته حول إجراءات الخروج من المستشفى فى جوانبها غير الطبية.

٢ – يتم بالتعاون مع هيئة التمريض تقديم المعلومات والتعليمات للمريض حول الإحتياطات الواجبة عند نقل المريض أو حول خدمات التمريض المنزلى المتاحة فى المنطقة أو حول الخدمات الإجتماعية الأخرى الموجودة فى المجتمع المحلى الذى يعيش فيه المريض بعد مغادرة المستشفى.

٣ – تقديم المساعدة للأسرة فى حالة الحاجة إلى إلحاق المريض بدور الرعاية الإجتماعية للمسنين أو مؤسسات رعاية المرضى العقليين أو علاج الإدمان أو غيرها من دور الرعاية، مع الإسهام بتعبئة مايلزم من إستمارات أو تقديم الطلبات، أو الحصول على المعلومات التى تساعد فى إلحاقهم بتلك الدور.

(٥) **خدمات المستشفى والعاملين فيه :**

١ - العمل بالتعاون مع إدارة المستشفى على إشاعة جو مناسب لرعاية المرضى ، والتعامل مع المواقف التى يحدث فيها الإحباط والصراع بين مختلف فئات العاملين.

٢ - إكتشاف المواقف التى تؤدى إلى وقوع الأذى على المرضى سواء من النواحى البدنية أو النفسية، وتصميم البرامج اللازمة للوقاية من حدوث تلك المواقف، والتعامل مع المواقف التى تحدث فعلاً بالطريقة الملائمة.

٣ - تقديم الخدمات اللازمة للعاملين في المستشفى ممن يواجهون مشكلات تؤثر على عملهم أو تؤدى إلى نقص كفاءتهم أو إنخفاض روحهم المعنوية أو تبلدهم. خصوصاً عندما يصاب بعض أفراد أسرهم بالمرض، أو عند وجود أشخاص مسنين فى الأسرة ممن يعتمدون عليهم، أو عند وجود أبناء مصابين بالإدمان، أو عند إصابتهم هم أنفسهم بالإدمان، أو عندما يواجهون أعباء مالية كبيرة، وهنا قد يؤدى القسم الخدمة أو يقوم بتحويلهم إلى الجهات والهيئات المناسبة.

(٦) برنامج المتطوعين :

١ - دعوة المتطوعين للمساعدة فى تقديم الخدمات المعاونة فى المستشفى من خلال برامج العلاقات العامة المناسبة وخصوصاً بالإتصال بالمساجد والجامعات والجمعيات الخيرية، وذلك من بين الأشخاص الذين لاتقل أعمارهم عن ١٦ سنة.

٢ - مقابلة المتقدمين للتطوع، وتعبئة بطاقة بيانات عن كل متطوع تتضمن

إهتماماته وقدراته وإمكاناته ونوع الخدمة التى يرغب القيام بها والتوقيتات التى تلائمه.

٣ - التشاور مع رؤساء الأقسام المعنية بالمستشفى لتحديد الخدمات التى يسمح للمتطوعين بالقيام بها بما يتمشى مع الصالح العام وخصوصاً فى الأقسام الآتية : الإستقبال - المكتبة - الصيانة - الإدارة - التغذية - النظافة.

٤ - القيام - بالتعاون مع رؤساء الأقسام المعنية - بتدريب المتطوعين على الأعمال والمهام التى سيقومون بها.

٥ - توزيع المتطوعين على الأقسام التى سيتعاونون معها بناء على طلبات تخصص المتطوعين التى يتقدم بها رؤساء الأقسام.

٦ - يقوم رؤساء الأقسام المعنية بتنظيم جداول ساعات عمل المتطوعين ويحتفظ المكتب بنسخ منها.

٧ - مسئولية الإشراف المباشر على المتطوعين تقع على عاتق رؤساء الأقسام التى يعملون بها، ويتولى قسم الخدمة الإجتماعية المتابعة العامة لكيفية الإستفادة من المتطوعين [٧].

مراجع الفصل الرابع

١ – إقبال محمد بشير، إقبال مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الإجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ب. ت، ص ص ١٤٩ ، ١٥٠.

٢ – عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، مرجع سابق، ص ص ١١٥ ، ١١٦.

٣ – إبراهيم عبد الرحمن رجب، ورقة عمل عن « تنظيم أقسام الخدمة الإجتاعية فى المستشفيات » ، مرجع سابق، ص ص ١٢ – ١٤.

٤ – أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ٣٨.

٥ – إبراهيم عبد الرحمن رجب، مرجع سابق ، ص ص ٢ – ٥.

٦ – محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، ط ٢، القاهرة، دار المعرفة، ١٩٨٥، ص ص ٤٨ ، ٤٩.

٧ – إبراهيم عبد الرحمن رجب، مرجع سابق، ص ص ٦ – ٨.

الفصـــل الخـــامس
الصحة والمرض

الصحة والمرض

تمهيد:

لازم المرض الإنسان منذ بدء الخليقة وحتى الآن، وإختلفت أساليب الرعاية المقدمة للمريض فمنها عزل المريض بعيدا عن الآخرين حتى يلقى مصيره المحتوم بالشفاء أو الموت إلى أن حثت الأديان السماوية على ضرورة رعاية المرض وتقديم العون والرعاية لهم، وظهور التداوى بالأعشاب وبظهور الأبحاث والدراسات العلمية وإكتشاف مسببات الأمراض وطرق مواجهتها زاد الإهتمام بالمرضى وتم الإهتمام بأوجه الرعاية الصحية فى كافة المجتمعات الإنسانية وإن إختلفت درجة الإهتمام بالتقدم العلمى والإقتصادى فى بعض بلدان العالم.

وقد ظهرت بعض الآراء التى تقوم بتصنيف أسباب الأمراض والعوامل المسببة لها بغية معرفة هذه العوامل ومصادرها من جانب، والوقوف على كيفية مقاومتها والقضاء عليها من جانب آخر.

ولذا حاول هذا الفصل تقديم عرض موجز لمفهوم الصحة والمرض، مع إلقاء الضوء على نوعية العوامل التى تسبب المرض وتقرر مستويات الصحة، وأخيراً تقديم عرض موجز للآثار الإقتصادية والإجتماعية المترتبة على المرض، تجاه الفرد والأسرة.

مفهوم الصحة:

الصحة مفهوم نسبى بالنسبة للإنسان، ولقد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة وقدم بركنز Perkins تعريف الصحة على أنها «حالة التوازن النسبى لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التى يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه.

كما أن هناك تعريف سلبى يعتبر أن الصحة هى «غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والملل» وبالتالى فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض أو لم تبدو عليهم علامات الإعتلال عند الفحص أصحاء، ولكن هذا التعريف غير دقيق إذا قارناه بتعريف منظمة الصحة العالمية على أنه «حالة السلامة والتحسن الجسمى والإجتماعى والعقلى الكامل وليست مجرد غياب المرض أو العجز».

وتُعرف الصحة أيضاً من ناحية شدتها يمكن النظر إليها على أنها تدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية، والطرف الآخر هو إنعدام الصحة (الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة، وعلى ذلك تكون درجات الصحة كما يوضحها المتصل التالى[1].

ونستخلص من التعاريف السابقة حول مفهوم الصحة الشروط الآتية:

١- إنعدام المرض العضوى أو العجز.

٢- القدرة على التكيف مع البيئة وهذه تعكس صحة نفسية سليمة.

٣- القدرة على التفاعل الإجتماعى بأن يكون الإنسان فرداً منتجاً ومنتمياً للمجتمع الذى يحيى فيه.

ويقرر إعلان منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٨ أن الصحة حق أساسى من حقوق الإنسان وإن بلوغ أرقى مستوى الصحة يعتبر من أهم الأهداف الإجتماعية. وأن تحقيق هذا الهدف يتطلب نظرة جديدة لمفهوم الصحة تحتم بذل جهود من جانب العديد من القطاعات الإجتماعية والإقتصادية الأخرى بالإضافة إلى القطاع الصحى.

وقد رفعت منظمة الصحة العالمية مؤخراً شعار «الجميع للصحة للجميع» ويعنى هذا الشعار تعاون القطاعات المختلفة إقتصادية كانت أو إجتماعية مع

القطاع الصحى للمجتمع، كما أنه يتطلب مشاركة الأفراد بإعتبار أن الصحة جزء متمم للتنمية الشاملة، ويجب أن توجه الطاقة المتولدة من تحسين الصحة إلى دعم التنمية والعمل على إستمرارها[٢].

ويمثل المتصل السابق المستويات الآتية:

١- الصحة المثالية: وفيها التكامل والمثالية البدنيةوالنفسية والإجتماعية ونادراً ما يتوفر هذا المستوى.

٢- الصحة الإيجابية: وفيها تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد والمجتمع من مواجهة المشاكل والتوترات الجسمية والنفسية والإجتماعية دون ظهور أى أعراض أوعلامات مرضية.

٣- سلامة متوسطة: وفيها تتوفر طاقة إيجابية من الصحة وعند التعرض لأى مؤثر يسقط الفرد فى المجتمع فريسة للمرض.

٤- المرض غير الظاهر: وفى هذه الحالة لايشكو المريض من أعراض ولكن يمكن إكتشاف الحالة المرضية بعلامات أو إختبارات خاصة.

٥- المرض الظاهر: وفى هذا المستوى يشكو المريض من أعراض يحس بها، أو علامات مرضية ظاهرةله.

٦- مستوى الإحتضار: وفى هذا المستوى يظهر سوء الحالة المرضية إلى حد بعيد حيث يصعب على المريض أن يستعيد صحته.

مفهوم المرض:

المرض يعنى قصور عضواً أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته على خير قيام، كمايحدث المرض أيضاً إذا إختل أو إنعدام التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم فى أداء وظائفها.

ويعرف قاموس ويبستر المرض «بأعتباره حالة من التوعك بسبب المرض،

والمعنى الحرفى لكلمة مرض هو الإحتياج للراحة، هناك تباين حول هذا المفهوم يختلف بإختلاف الثقافة ودرجة التعليم فهناك من يرى أن المرض يعنى «غياب الصحة» أو فقدان الأحساسيس الجسمية والعقلية.

ويصدر مجتمعنا المصرى أحكاماً أخلاقية عن معنى المرض فيراه البعض أنه نوع من الإبتلاء، أو يراه آخرون أنه نقمة من الله للعصاة[٣].

وبناء على ماسبق فالمرض هو: الإدراك الواعى بعدم الراحة ويؤثر فى فردية الكائن الحى وشخصيته، أما السقم هو حالة نفسية أو عضوية للإعتلال الوظيفى تؤثر على فردية وشخصية الفرد، أما الإعتلال هو حالة من الإختلال الوظيفى الذى يتأثر بها الجانب الإجتماعى وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين[٤].

العوامل التى تسبب المرض:

كان لإكتشاف الميكروبات أكبر الأثر فى التوصل إلى الأسباب المتعلقة بالبيئة والإنسان وحامل المرض، حتى ظن العلماء أنهم قادرون على القضاء عليها وتحقيق الوقاية من المرض، ومثال ذلك ميكروب السل هو المسبب النوعى لمرض السل ولكنه ليس السبب الوحيد لهذا المرض لأن عدد بسيط من الذين يهاجمهم ميكروب السل يصابون بهذا المرض ومن الأسباب الأخرى التى تؤدى إلى مرض السل، البيئة المحيطة بالإنسان وعاداته وتقاليده، وتكوينه وحالته الغذائية.

نظرية الأسباب المتعددة للمرض:

المرض والصحة ليسا فى حالة إستاتيكية ثابتة ولكن وراء كل حالة من الصحة والمرض ظاهرة التغيير المستمر وهناك معركة من جانب الإنسان للحفاظ على مستوى إيجابى ضد القوى الحيوية والطبيعية والعقلية والإجتماعية والتى تحاول قلب ميزان الصحة وإذا تغلبت العوامل السلبية

ظهرت الحالة المرضية وإذا تغلبت العوامل الإيجابية إستمرت حالة الصحة والسلامة.

وعلى هذا فالعوامل التى تقرر مستويات الصحة وتسبب المرض هى:

أولا: عوامل تتعلق بالمسببات النوعية للمرض.

ثانياً: عوامل تتعلق بالإنسان.

ثالثاً: عوامل تتعلق بالبيئة.

أولاً: العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للأمراض:

يعُرف السبب النوعى بأنه العنصر أو المادة سواء كان حياً أو غير حى، والذى فى وجوده أو غيابه قد تبدأ أو تستمر عملية مرضية.

(١) المسببات الحيوية:

أ- مسببات بنائية:

البكتريا: مثل ميكروب السل والتيفود.

الريكستيا: التى تسبب حمى التيفود.

الفيروسات: التى تسبب الحصبة وشلل الأطفال.

الفطريات: التى تسبب القراع.

ب- مسببات حيوانية:

البروتوزا: مثل الملاريا والأميبا.

الديدان: البلهارسيا والإسكارس

والمسببات الحيوية عدة خصائص تزيد أو تقلل من ضراوتها:

أ- خصائص تتعلق بالمسبب نفسه: مثل درجة حيويته ومقاومته للعوامل البيئية.

ب- خصائص تتعلق بالعائل المضيف: مثل كيفية تكوين العائل لأجسام مضادة ضد السبب.

جـ- خصائص متعلقة بالبيئة: وهى تحدد طرق إنتقال المسبب باللمس أو الحشرات أو الطعام أو الدهون.. الخ.

(٢) مسببات غذائية:

الدهون: زيهادتها تؤدى للسمنة.

الكربوهيدرات: زيادتها تؤدى للسمنة.

البروتين والكربوهيدرات: نقصها يؤدى إلى مرض الهزال عند الأطفال.

الفيتامينات: نقص فيتامين (د) يؤدى إلى الكساح.

نقص فيتامين (أ) يؤدى إلى العشى الليلى وجفاف الملتحمة والقرنية والجلد.

نقص فيتامين (ب١) يسبب إلتهاب الأعصاب ومرض البرى برى.

فيتامين (ب٢) يسبب تشقق زوايا الفم.

نقص فيتامين (ب١٢) يسبب الأنيميا الخبيثة.

المعادن: تقص الحديد يسبب الأنيميا.

نقص الماء يسبب الجفاف كما فى حالات النزلات المعوية والكوليرا.

(٣) مسببات طبيعية:

مثل: عوامل الحرارة - الرطوبة - الضوضاء - الكهرباء والإشعاعات.

(٤) مسببات ميكانيكية:

مثل الحرائق والحوادث فى الشوارع والمصانع.

(٥) مسببات كيميائية:

تكون خارجية مثل التسمم بالرصاص فى مصانع البطاريات أو داخلية مثل التسمم فى حالات مرضى الكلى.

ثانيا: العوامل المتعلقة بالإنسان والعائل المضيف:

(١) السن: بعض الأمراض تنحصر أو يزداد حدتها بين الأطفال والنزلات المعوية والحصبة وبعض الأمراض يصاب بها المسنين وتصلب الشرايين.

(٢) النوع: بعض الأمراض مقصورة على الإناث مثل: سرطان الثدى وأمراض الجهاز التناسلى وبعض الأمراض مقصورة على الذكور مثل مرض البروستاتا.

(٣) الجنس: بعض الأجناس البشرية تختص ببعض الأمراض مثل بعض أنواع التخلف العقلى والأنيميا فينتشر فى الجنس اليهودى.

(٤) عوامل وراثية: الصفات الوراثية تنتقل عن طريق الجينات مثل مرض الهيوفيليا الذى يصاب به الذكور عن طريق الإناث الحاملة للمرض.

(٥) عوامل عقلية: وهى العوامل التى تؤثر على تطور ونمو شخصية الطفل وهى إما عوامل موروثة أو عوامل تنتج من عدم الأمان فى المنزل أو المدرسة.

(٦) العادات:

أ- عادات تتعلق بإعداد الطعام وتجهيزه، مثل شرب اللبن بدون غلى.

ب- العادات التى تتعلق بالصحة الشخصية.

جـ- العادات التى تتعلق بإنتشار مسببات الأمراض المعدية مثل إختلاط الأطفال المرضى بالحصبة بالأطفال الأصحاء.

د- السلوك الجنسى.

هـ- الإجهاد والسهر.

(٧) المناعة: وهى إما:

أ- مناعة طبيعية غير نوعية: وهى ليست محددة لمرض ومن أمثلتها: الجلد والغشاء المخاطى السليم وحموضة الإفرازات المعدية، والمواد الموجودة بالدم الخاصة بمقاومة المسببات المرضية.

ب- المناعة النوعية: وهى ضد أمراض معينة وهى إما:

١- طبيعية: وهى موجودة فى الجسم بطبيعة تكوينه

٢- مكتسبة طبيعياً: وهى إما مناعة سلبية كما هو الحال عندما يكتسب المولود مناعة ضد الحصبة والدفتريا، وشلل الأطفال عن طريق المشيمة وتستمر هذه المناعة لمدة ستة شهور ثم تختفى عن الأجسام المضادة التى إكتسبها الطفل، أو مناعة إيجابية عن طريق إصابة الإنسان بالمرض وفى هذه الحالة يكون الجسم إكتسب الأجسام المضادة بنفسه وتعطيه المناعة اللازمة وذلك فترة طويلة قد تصل إلى مدى الحياة كما فى حالة مرض الحصبة.

٣- مكتسبة صناعياً: وهى إما سلبية وهذه الحالة يعطى الإنسان المعرض للعدوى المصل المضاد هو عبارة عن أجسام مضادة جهزت من الحيوانات وهى تعطى مناعة فى الحال ولكن لفترة محدودة من (١ إلى ١٥يوم) مثل المصل المضاد للتيتانوس فى حالة الجروح والمصل المضاد للدفتريا الذى يعطى لمخالطى مرض الدفتريا، أو مناعة إيجابية وفى هذه الحالة يتم إعطاء الإنسان الفاكسينات وهى عبارة عن ميكروبات ميتة مثل الكوليرا أو حية مروضة مثل الجدرى أو سموم مضاعفة بإضافة الفورمالين مثل الدفتريا وهذه الفاكسينات تجعل الجسم يكون أجسام مضادة للميكروبات وتستمر لمدة طويلة حسب نوع المرض.

ثالثاً: العوامل البيئية:

تُعرف البيئة بأنها كل العوامل الخارجية مجتمعة والتى تؤثر فى حياة ونمو الكائن الحى.

يمكن إعتبار المسببات النوعية أجزاء متخصصة من البيئة والبيئة أحياناً تجند المسببات وأحيانا الإنسان العائل.

أقسام البيئة:

(١) البيئة الطبيعية:

أ- الحالة الجغرافية:

الموقع: أمرض المناطق الإستوائية تختلف عن أمراض المناطق المعتدلة.

الإرتفاع عن سطح البحر: قلة الأكسجين فى المناطق المرتفعة تؤدى إلى أمراض الجهاز التنفسى وقلة وزن المواليد.

ب- الحالة الجيولوجية:

وهى تحدد نوع التربة والمياه المتاحة للزراعة.

جـ- المناخ:

ويشمل درجة الحرارة والرطوبة والرياح وهذه تؤدى إلى موسمية الأمراض وتساعد على توالد الذباب وغيره من الحشرات.

سوء التخطيط فى القرية وسوء حالة البيئة يؤدى إلى إنتشار الأمراض وتوالد الذباب.

(٢) البيئة البيولوجية:

وتشمل المملكة الحيوانية والنباتية وتؤثر كمصدر للطعام وكعوامل وسيطة فى نقل الأمراض.

(٣) **البيئة الإقتصادية والإجتماعية:**

أ- كثافة السكان وتوزيعهم فى الحضر والريف إزدحام المساكن وهذا يؤدى إلى التفاوت فى التعرض للأمراض.

ب- المستوى التعليمى: كلما ارتفع المستوى التعليمى إرتفع الوعى والسلوك الصحى والتعاون مع المنظمات الصحية.

جـ- المستوى الإقتصادى: ويشمل توزيع الثروة ونظم العمالة ونمو الصناعة ومدى توفر الإستعدادات الطبية والصحية ومدى الإقبال على استعمالها.

التاريخ الطبيعى للمرض:

لكل مرض تاريخ طبيعى لابد وأن يمر به حتى يظهر هذا المرض ويشمل التاريخ المراحل الآتية:

١- فترة ما قبل المرض:

ولابد أن يتواجد الآتى:

أ- المسبب النوعى للمرض.

ب- البيئة المناسبة للمرض

جـ- صفات العائل المضيف المناسبة.

٢- فترة المرض:

نتيجة لتفاعل العوامل السابقة وتشمل:

أ- فترة الحضانة وهى تسبق ظهور أعراض المرض.

ب- أعراض المرض.

جـ- إنهاء المرض بالشفاء أو العجز أو الموت.

مستويات الوقاية فى الصحة:

يمكن تحقيق الصحة للفرد أو المجتمع باستعمال الإجراءات الوقائية وهى:

أ- إجراء وقائى من الدرجة الأولى:

والهدف منه منع الحالة المرضية وتشمل:

١ - إجراءات الوقاية العامة من أجل ترقية الصحة وتقويتها:

وهى الإجراءات الوقائية غير المباشرة دون توجيه الإهتمام لمرض معين بل لكل الأمراض دون تحديد وهى أعمال إنشائية تقوى الصحة بصفة عامة ويشمل:

- خدمات صحة البيئة: توفير المسكن الصحى والمياه الصالحة والتصريف الصحى للفضلات ومكافحة الحشرات ... إلخ.
- خدمات رعاية الأمومة والطفولة: وتشمل رعاية الحامل وتوليدها ورعايتها أثناء النفاس ورعاية الطفل الرضيع أثناء سن الحضانة وخدمات الصحة.
- خدمات التغذية الصحية: وهذه تزيد مناعة الجسم ومقاومته للأمراض.
- خدمات التربية الصحية لرفع مستوى الوعى الصحى.
- رفع المستوى الإقتصادى للأسرة.
- الفحص الدورى الشامل.

٢ - إجراءات الوقاية الخاصة:

وهى إجراءات الوقاية الخاصة من مرض محدد وقبل أن يحدث وذلك بالحيلولة بين المسبب النوعى والإنسان العائل، فقد توجه هذه الإجراءات النوعية نحو المسببات النوعية مثل غلى اللبن أو تصرف الفضلات وقد توجه

هذه الإجراءات نحو الإنسان العائل مثل التطعيم أو توجيه الإجراءات النوعية نحو البيئة مثل ردم البرك للقضاء على يرقات البعوض الناقل للملاريا.

ب- إجراء وقائى من الدرجة الثانية:

ويشمل الإكتشاف المبكر والعلاج الفورى للحالات المرضية فى هذه الحالة فى دور مبكر وغير معروفة للمصابين بها، وفى هذه الحالة غالبا يكون العلاج شافياً مما يساعد على الوقاية من المضاعفات فى المريض أو إنتشار المرض للآخرين إذا كان معدياً فمجرد إكتشاف الحالات تعالج فوراً ومن أمثلة إجراءات الوقاية من الدرجة الثانية.

١- متابعة المخالطين للمرضى بالأمراض المعدية.

٢- فحص الدم لاختبار واكتشاف مرض الزهيرى بين الحوامل.

٣- عمل أشعة أكس لعمال المصانع لاكتشاف الأمراض التى تصيب الرئة.

٤- الكشف الدورى على حالات الأورام البسيطة المحتمل تحويلها إلى أورام خبيثة.

جـ- إجراءات وقائية من الدرجة الثالثة: وتشمل:

١- علاج المرضى لإستعادة صحتهم:

ويهدف العلاج إلى الحد من المضاعفات أو العجز المرضى لاستكمال الشفاء وبهذا المفهوم هذه الإجراءات العلاجية إجراءات وقائية لوقاية المريض من المضاعفات ومن العجز وكذلك وقاية المجتمع من إنتشار المرض للآخرين إذا كان مرضاً معدياً.

٢- التأهيل:

وتشمل هذه الإجراءات التى تتخذ من علاج الحالة المرضية وثبوت الحالة التشريحية والوظيفية مثل فقد قوة الإبصار، نتيجة إصابة العين بمرض

صديدى وتهدف هذه الإجراءات إلى الوقاية من المضاعفات الإجتماعية من تشرد وتسول وذلك برعاية العاجز صحياً ونفسياً وإجتماعياً ومهنياً حتى يمكنه أن يعتمد على نفسه فى تصريف شئونه وكذلك إكتساب رزقه على إستغلال الباقى من طاقته وإستعدادته أفضل إستغلال.

وبالنظر إلى التاريخ الطبيعى للمرض نجد أنه من الممكن تطبيق إجراءات الوقاية فى أكثر من نقطة، وتتفاوت المجتمعات فى مدى إستخدام هذه المستويات بتفاوتها فى المستوى الإجتماعى والإقتصادى فنجد برامج الصحة العامة فى المجتمعات المتقدمة تعتمد أساساً على إجراءات ترقية الصحة والوقاية النوعية وإلى حد ما على الإكتشاف المبكر والعلاج الفورى بينما نجد برامج الصحة العامة فى المجتمعات النامية تعتمد أساساً على الإجراءات العلاجية أكثر من إعتمادها على الوقاية العامة أو النوعية (٥).

الآثار الإجتماعية والإقتصادية للمرض:

نتيجة للمرض وخاصة إذا طالت فترة العلاج أو إذا كان المرض أدى إلى حدوث بعض العاهات التى تؤثر بشكل مباشر على دخل الإنسان وبالتالى عدم قيام المريض بأدواره الإجتماعية على الوجه الأكمل، وبالتالى تظهر الآثار الناجمة عن المرض، ويمكن إن نعرضها على الوجه التالى:

أولاً: الآثار الإقتصادية:

١ – تزداد النفقات الإقتصادية والمادية على المريض سواء بسبب إجراء العملية أو نفقات العلاج وما يرتبط به الأمر الذى يؤثر بدوره على دخل أسرة المريض.

٢ – إنقطاع الدخل أو نقصه مع شدة الحاجة إليه نظراً لإرتفاع ميزانية الأسرة بسبب المرض وشراء الأدوية والأغذية الخاصة كما يشعر المريض بالضيق والقلق لكونه عبئا ثقيلاً على ميزانية الأسرة.

٣- قد يؤدى إنخفاض دخل المريض إلى إستدانة الأسرة وقد تضطر إلى بيع بعض ممتلكاتها إن وجدت أو خروج الأبناء للعمل.

٤- قد تضطر الزوجة للخروج إلى العمل بسبب مرض العائل مما يثير قلق وضيق المريض وهذا يؤثر على تماثل المريض للشفاء.

ثانياً: الآثار الإجتماعية:

١- قد يهتز موقف المريض بأسرته، وتتأثر علاقته بأصدقائه فينتاب المريض الحزن والألم فى حالات الشلل وفقد الصبر.

٢- ضعف مكانة المريض بسبب طول فترة المرض والبقاء فى المستشفى الأمر الذى يؤدى إلى خلل فى دورة فى البيئة الطبيعية وفى المنزل.

٣- قد يخشى أحد الزوجين فى حالة وجوده بالمستشفى للعلاج على الطرف الآخر وهو موجود بمفرده وخاصة إذا كان هو الموجود بالمستشفى فإن الغيرة قد تستبد به ويفضل الإحتفاظ بمرضه عن الغيبة عن منزله.

٤- قد تنهار الروابط الأسرية نتيجة للمرض فقد يطلب أحد الزوجين الطلاق إذا وجد أنه لايستطيع الإستمرار فى الحياة الزوجية بسبب المرض المعدى أو المزمن خوفاً من إنتقاله إليه أو إذا أدى المرض إلى إحداث عاهة يصعب معها الإستمرار فى الحياة الزوجية.

٥- إذا كان مرض أحد الزوجين ميئوس من شفاؤه أو ينتج عنه عجز جنسى وخاصة إذا كان الزوجين فى بداية حياتهم فإنه يصعب بل يستحيل الإستمرار فى الحياة الزوجية.

ثالثاً: مشكلات العلاقات الخارجية:

١- قد تتأثر العلاقات الخارجية الإجتماعية إذا كان المريض يعانى من مرض خطير معدى مثل الدرن أو الأمراض السرية، وقد ينقطع بعض أصدقائه وأقاربه صلتهم به ممايزيد شعور المريض بالنبذ.

٢- يرفض بعض المرضى إستمرار العلاقات بينه وبين أصدقائه لنظرتهم إليه بالعجز والشفقة.

٣- يرفض بعض المرضى حياة المستشفى، حيث يشعر بالعزلة وفى نفس الوقت لايستطيع ممارسة أنشطته الإجتماعية وعلاقاته المختلفة.

٤- تأثير علاقة المريض فى بيئته الطبيعية ويشعر المريض بالعجز مما يؤثر على التماثل للشفاء من جانب، وفرض العزلة على نفسه من جانب آخر.

- قد يأخذ المريض سلوكاً عدوانياً تجاه المحيطين به نتيجة مايظهرونه له من شفقة مما يثير لديه الشعور بالنقص والقلة.

ثالثاً: اثار ترتبط بالمريض:

فى كثير من الأحيان ينتاب المريض مجموعة من مشاعر الذنب التى تربط بالخوف من عدوى الآخرين، وقد يقاوم المريض العلاج بمجموعة من الأسباب التى يمكن عرضها فيمايلى:

١- الخوف الصريح من الموت.

٢- قد يكون لدى المريض شك فى قيمة العلاج الطبى، وفى هذه الحالة لابد من قياس مقدار ثقته فى مهنة الطب أو المستشفى أو الطبيب الذى قام بفحصه، كما يتجاهل بعض الناس الأعراض المرضية ولايتقدمون لعلاجها.

٣- كما يقاوم بعض المرضى دخول المستشفى لإرتباطها ببعض التجارب المؤلمة في حياتهم كارتباطهما بموت عزيز أو تجربة فاشلة، كما ترتبط المستشفيات فى أذهان المرضى بأفكار مزعجة كالأشباح والأرواح والموت.

٤- وقد تكون هناك مخاوف لاشعورية بسبب تجارب مريرة كبتت فى الصغر لتخويف الصغار بالأطباء والجراحة والبتر، وما إلى ذلك، وقد يحتاج المريض تحويله إلى طبيب نفسى لمعرفة حقيقة هذه المشاعر.

٥- قد يتردد المريض فى قبول العلاج لعدم ثقته فى نفسه وعدم جود آخرين يساندونه فى إتخاذ القرار

٧- قد يقاوم المريض أجراء الجراحة لخوفه أن يقع تحت سيطرة الآخرين ويسمعون أسراره أثناء عملية التخدير

٩- الخوف من الموت أثناء عملية التخدير مما قد يشاع من موت المرضى لزيادة جرعة البنج.

١٠- التخوف الزائد من إجراء العملية الجراحية لما قد تسببه من أضرار أو عجز دائم أو نسبى تجعله يشقى فى الحياة.

١١- قد يقاوم إجراء العملية فى المستشفيات العامة لما يقال عنها من إهمال وعدم إهتمام بالمرضى ونقص الإمكانيات.

١٢- وكثيراً مايهاب المريض سوء معاملة هيئة التمريض، بجانب رداءة التغذية.

١٣- خوف المريض من بقاؤه فترة طويلة للعلاج الأمر الذى يؤدى إلى تعطله عن عمله والخوف على أسرته.

١٤- قد يتوقع المريض آلاماً مبرحة يشعر المريض أنها عقاب إلهى عمل إرتكبه فى حياته من آثام(٦).

رابعاً: أثر المؤسسة الطبية على المريض:

عند دخول المريض المستشفى للعلاج تصبح مشاكله ذات طبيعة خاصة، فمبجرد إنتقاله من بيئته الأسرية، يصطدم بضرورة التكيف إزاء التغيير المفاجيء لنمط الحياة، على حساب خضوعه لإلتزامات صارمة تفرض على ذاته وعاداته.

ويواجه المريض فى المستشفى عدة فحوص وإختبارات لم يتعود عليها وبالتالى ينتابه الضيق والقلق من هذا الوضع.

وفى حالات تردد المريض على المستشفيات الحكومية أو المجانية يزيد عبء المريض ويضعف من نفسيته وذلك مما يعانيه من الوقوف فى طابور طويل مما يشعره بالمهانة من جانب ويفقد ثقته فى العلاج من جانب آخر، وأحياناً يفضل فى التعبير عن آلامه فى العيادة الخارجية.

كما يرى المريض الإمتثال للأوامر والتعليمات الصادرة له فى المستشفى وكذلك منع الزيارات أنها قيد على حريته وبالتالى المطالبة بمغادرة المستشفى(٧).

خامساً: أثر المرض على الأسرة:

عندما يتعرض أحد أعضاء الأسرة للمرض، تنعكس حالته على كل عضو فى جماعة الأسرة، فيضطرب نظام الحياة اليومية فى المنزل، ويتحمل الأعضاء الأصحاء مسئوليات إضافية، بينما يسبب المرض القصير مشكلات قليلة نسبياً، ألا أن المرض المزمن يؤدى إلى أضرار بالغة. وفى حالة الأمراض المعدية والتى تعالج فيها المريض فى منزلة ينبغى أن يتخذ الأعضاء والأصحاء، إحتياطيات وقائية، حتى لاتنتقل العدوى إليهم ممايزيد من الأعباء والقلق لدى باقى أفراد الأسرة الأصحاء.

بجانب زيادة الأعباء الإقتصادية التى تتحمل الأسرة نتيجة إنفاقها على أجر الأطباء، وثمن الدواء والطعام الخاص الذى يتطلبه بعض الأمراض، وكرم الضيافة ومصاريف الإنتقال.

وعموماً يحدد الإهتمام الذى تبديه الأسرة نحو المريض، مدى تقبله لحالته وتقبل النتائج النهائية للمرض.

سادساً: أثر المرض على الأطفال:

فى حالة الأطفال قد لايعى الطفل خطورة مرضه، وكذلك عدم وعيه بمضاعفاته المحتملة، إلا أنه قد يخطىء تفسير توجيهات وإرشادات الأسرة

التى تنهاه عن ممارسة بعض جوانب حياته الطبيعية والتى تتطلبها خطة العلاج.

ولما كان الطفل أكثر إرتباطاً وإعتماداً على والديه، فهو لايستطيع أن يتحمل إنفصاله عنهما، فإذا كان الإنفصال عن الأسرة - للعلاج فى الموسسة الطبية - ضرورياً لشفاء الطفل، فقد يصبح عدوانياً أو عصبياً متقلباً، أو يلجأ إلى الإنسحاب والاستسلام، تغمره أحاسيس متباينة من القلق والخوف والغضب ومثل هذه المشاعر السلبية تقل من فرص الإستفادة من خطة العلاج.

أما فى حالة مرض الطفل الذى يعانى فى أسرته من القسوة والإهمال وإنعدام الحب والحنان، فإن الجهود التى توجه نحو إشباع كافة حاجاته فى المؤسسة الطبية - قد تؤدى إلى إستمرار المرض لأنه ليس من المعقول أن نتوقع منه الرغبة فى الشفاء، الذى يتضمن العودة إلى موقف غير محبب إليه.

وتعتبر القيود التى تعترض على نشاط الطفل الصغير، ذات آثارنفسية وإجتماعية، سيئة، خاصة وجود أطفال آخرين فى الأسرة يتمتعون من حوله بالحركة والنشاط.

وفى الأسرة التى يتوافر فيها الإتزان النفسى بين الأبوين ويتكيف أفرادها للمواقف المرضية الطارئة التى قد تحدث لأحد الأبناء الصغار لن نجد إلامشكلات طفيفة، فى حين أن الأسر الذى يميل فيها الآباء إلى التدليل الزائد لأطفالهم المرضى وإشباع كافة إحتياجاتهم بشكل مفرط يجعل الطفل يستغل حالته المرضية فى إشباع رغباته مما يعوق أفراد الأسرة الآخرين من إشباع حاجياتهم فيشعرون بالغضب بالإضافة إلى مقتهم وكرههم للأخ المريض وعدائهم له، لأنهم لايستطيعون تبرير هذا السلوك من الآباء تجاه

الطفل المريض وخاصة إذا كانوا فى سن صغيرة، وبالتالى قد تؤثر هذه المعاملة على شفاء المريض وعلى نفسيته.

سابعاً: أثر المرض على الأم:

يجلب المرض الذى يصيب ربة البيت كثيراً من المشكلات، فعلى الرغم من المحاولات التى يبذلها الأب للقيام ببعض مسئولياتهم وواجبها فإن مايصيبه من قلق حول حالتها، ينتهى به إلى التوتر والعجز عن تدبير أمور الأسرة، وينتاب الأم الضيق والحزن لعجزها عن تدبير أمور بيتها وحياة أولادها تسير فى فوضى شاملة.

وفى حالة المرض الطويل، وإستمرار عجز الأم عن القيام بواجباتها قد تنقطع البنت الكبرى عن دراستها أو يكثر غيابها لرعاية الصغار، وتشعر بالغضب والمهانة لتحملها المسئولية وبمرور الوقت قد تلجأ إلى ترك الدراسة لحاجة الأسرة التى توجد بها لرعاية أمور المنزل، أو تضطر إلى التوفيق بين إحتياجات الأسرة وإلتزاماتها فى المدرسة، ولكن سرعان ماتشعر بالفشل فى المدرسة ويصيبها الإحباط واليأس.

ومثل هذه الأمور جميعها تزيد من سوء حالة الأم النفسية وتزيد من إحساسها بالعجز والذنب، مما يؤدى فى النهاية إلى عدم إستفادتها بالقدر الملائم من جهود العلاج الطبى(٨).

خاتمـــة:

يتضح من هذا الفصل أن مسببات الأمراض متعددة فمنها المسببات الحيوية والغذائية، والطبيعية، والميكانيكية، والكيميائية، بجانب العوامل المتعلقة بالإنسان المريض كالنوع والجنس والعوامل الوراثية التى قد تلعب دوراً فى ظهور بعض الأمراض، كذلك دور العادات والسلوكيات التى قد ترتبط بالمرض.

كما ناقش هذا الفصل مستويات الوقاية من هذه الأمراض بالبعد عن مسبباتها من جانب، والقيام بالفحص الدورى الأكلينيكى من جانب آخر. وكذلك مناقشة الآثار الإجتماعية والإقتصادية المرتبطة بالمرض كإنقطاع الدخل أو إنخفاضه ومايترتب على ذلك من إضطراب فى دور الأسرة على إشباع إحتياجاتهم أو الآثار المترتبة على مرض الزوجة وعجز الأسرة عن القيام بأدوارها المختلفة.

مراجع الفصل الخامس

١ – فوزى جاد الله «الصحة العامة والرعاية الصحية، ط ١ دار المعارف بمصر، القاهرة، ١٩٦٨، ص ٦٣.

٢ – أميرة صادق الطنطاوى، فاتن عبد اللطيف «مبادىء الصحة العامة»، بدون نشر، الإسكندرية، ١٩٩٣، ص ٩.

٣ – على المكاوى «السياق الإجتماعى للمعتقد الشعبى» الكتاب السنوى لعلم الإجتماع، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٢، ص ٢٥٥.

٤ – إقبال بشير، وآخرون «الرعاية الطبية والصحية والمعوقين من منظور الخدمة الإجتماعية» المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية ١٩٨٤، ص ٥٣ – ٥٦.

٥ – أنظر:

– إقبال بشير، إقبال مخلوف، «الرعاية الطبية والصحية» ودور الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص ص ٥٦ – ٦٠.

– فوزى جاد الله «الصحة العامة والرعاية الصحية ط (٢)، دار المعارف بمصر، القاهرة ١٩٦٩، ص ص ٥ – ١٤.

٦ – أنظر:

– فاطمة الحارونى «خدمة الفرد فى محيط الخدمة الإجتماعية» مطبعة الصاوى، القاهرة ١٩٦٩، ص ص ٦١٦ – ٦٢٢.

٧ – محمود حسن محمد «مقدمة الرعاية الإجتماعية» ط١، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة ١٩٦٩، ص ص ٦٥٨ – ٦٦٠.

(٨) أنظر فى هذا الشأن:

- محمود حسن محمد، مرجع سابق، ص ٦٥٠ - ٦٥٨

- إبراهيم عبد الهادى المليجى، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الإجتماعية، مكتبة المعارف الحديثة، بدون سنة نشر، ص ص ١٤٠ - ١٤٣.

الفصـــــل الســـــادس
الثقافة وعلاقتها بالمرض

الثقافة وعلاقتها بالمرض

تقديـــم:

تعتبر الثقافة مجموعة التاريخ الفكرى الوجدانى الذى لاتكون الأمة أمة إلا به والذى يميز به شخصيتها عن غيرها من الأمم ويكتسب الإنسان الثقافة من خلال عملية التعلم، أى أنها محصلة العمل والابتكار وترتبط إرتباطاً وثيقاً بالحياة وبكل جوانب التاريخ الإجتماعى.

ولاشك أن الثقافة كمحدد لنمط سلوك المريض، وكيفية التصرف حياله وعلاجه وحتى أسلوب الشكوى منه، وهنا يتضح الدور الذى تلعبه التنشئة الإجتماعية فى إكتساب الثقافة، ويظهر اثار ذلك فى سلوك المريض، وطريقة تعامله مع المرض، وكيفية تصرف أسرته تجاهه.

وبناء على ماسبق أهتم هذا الفصل بعرض موجز لمفهوم الثقافة والتركيز على دور القيم باعتبارها من موجهات السلوك وعلاقتها بالصحة، ثم مناقشة دور العادات والتقاليد المنتشرة فى مجتمعنا المصرى وفى البيئات المختلفة الريفية والحضرية – البدوية.. الخ، كما تناول هذا الفصل المعتقدات المرتبطة بالطب الشعبى والمشكلات الصحية المنتشرة فى المجتمع المصرى، أو بمعنى خاص تبيان علاقة كل من البيئة والمهنة على نوعية الأمراض التى تنتشر بين الأفراد وذلك بهدف إعطاء رؤية واضحة للطلاب على العلاقة الوطيدة بين البيئة ونوعية الأمراض، وكذلك أمراض المهنة.

مفهوم الثقافة:

الثقافة هى التعبير عن العالم الفكرى للأمة التى تكون عبر التاريخ ويعكس إسهامات مختلف فئات الشعب من عمال وفلاحين ومثقفين، ورجال سياسة. وللإرتفاع بهذا الجانب يجب الإهتمام بالتعليم، وتطوير العلوم والفنون والآداب ودعم وسائل الإعلام وتطورها[1]

كما أن الوعى الثقافى ليس نتاجاً لنشاط تعليمى أو تطوعى فحسب وإنما هو مرتبط دينامياً بالحياة وبكل جوانب التاريخ الإجتماعى ويعبر عن محاولة منظمة ومخططة لإعادة تشكيل الوعى الإجتماعى والسياسى للمواطن وسلوكه بشكل أساسي وحاسم، على نحو يخلق أناس ذو مستويات معنوية عالية وإحتياجات فكرية، يتفاعلون بقدرة، ويتعلمون الظواهر الثقافية المختلفة، ويدلون برأيهم ويشاركون بمعرفة فى تنظيم وتوجيه النشاط فى هذا المجال.

وتعرف الثقافة على أنها «مجموع التاريخ الفكرى والوجدانى الذى لاتكون الأمة أمة إلا به، والذى تتميز به شخصيتها عن غيرها من الأمم، كما يقصد بالثقافة أيضا مفهوم يعطى مجمل العادات والتقاليد الإنسانية المتراكمة أو المكتسبة ومجمل التصرفات التى يتعلمها الإنسان الإجتماعى، وهى كل مايفرزه المجتمع من أفكار وأخلاق وقيم ومعتقدات، والثقافة أيضا هى أنماط السلوك الإنسانى لدى مجتمع من المجتمعات، كما أنها تشتمل على العقائد والأخلاقيات واللغة والموسيقى، والفن والتقنيات التى يتم بثها إلى الأجيال المقبلة بإعتبارها إرثاً إجتماعياً.

فالثقافة هى عبارة عن مركب من أساليب الشعور والفكر والسلوك الذى يميز مجموعة من الناس يتوارثونه جيلاً بعد جيل، وترتبط تلك العناصر ببعضها بعلاقات تفاعل وتأثير متبادل، ويودى كل عنصر منها وظيفته الخاصة فى إطار الثقافة الكلية للمجتمع، وذلك فأن حدوث تغيرات حاسمة فى أحد العناصر الثقافية يؤدى فى العادة إلى التأثيرات على بقية عناصر تلك الثقافة أى أنه يؤدى بمعنى متخصص – إلى حدوث نتائج بنائية، أى نتائج تمس البناء العام للثقافة فى مجموعها، ولكننا نلاحظ مع ذلك أن الثقافة تتميز ككل بقدر من الإستمرارية والتكامل عبر أجيال جديدة(٢).

وتتميز الثقافة بمجموعة من الخصائص يمكن تلخيصها فيمايلى:

١- ليست عناصر الثقافة موروثة أو فطرية، وإنما يكتسبها الإنسان كعضو فى المجتمع خلال عملية التعليم، أى أنها تنمية العمل والإختراع والإبتكار الإجتماعى فهى تتأصل وتنمو خلال التفاعل الإنسانى، وبالتالى فهى مستقلة ومتمايزة عن الإنسان.

٢- تميل الثقافة إلى البقاء والإستمرار فما دامت هى التراث الإجتماعى الذى يرثه أعضاء المجتمع من الأجيال السابقة.

٣- قدرة الثقافة على الإنتشار - أو الإنتقال من مجتمع لآخر أو من وسط ثقافى إلى وسط ثقافى آخر.

٤- للثقافة عموميتها وخصوصيتها، وتتمثل عموميتها فى وحدة المشاعر والأفكار والتقاليد والعادات... الخ، التى يشترك فيها أفراد المجتمع كالشعائر والمعتقدات الدينية واللغة غير أن هذه العمومية لاتمنع أن تكون هناك خصوصية فى الثقافة فمثلاً قد نجد أن ثقافة عامة لمجتمع معين فى حين أن هناك ثقافة يتفرد بها الرجال دون النساء إلى غير ذلك ... إلخ[٣].

وفى ضوء ماتقدم فإن الثقافة تحتوى على مجموعة من العناصر التى تمارس تأثيرها بوضوح على الصحة والمرض، وتحكم تصرفات الإنسان من خلال الموجهات السلوكية التى تتضمنها. فهى تتخلل معظم صور السلوك الإنسانى فى العادات الإجتماعية وعادات النظافة والتربية والمعتقدات والمعارف والأمثال والحكم والمفاهيم والتصورات الشعبية والقيم والطقوس الدينية،علاوة على آداب الحديث والمعاشرة والتنمية والسلوك اللائق وغيرها من العناصر التى تحض على الحفاظ على الصحة ومعالجة المرض.

ولاشك فى أهمية الثقافة كمحدد لنمط سلوك المريض، وكيفية

التصرف حياله وعلاجه وحتى أسلوب الشكوى منه، وهنا يتضح دور التنشئة الثقافية حينما تظهر فى سلوك المرض فى المجتمع بإختلاف قطاعاته وبداخل المؤسسة الصحية، ويظهر ذلك من خلال الثقافات الريفية والبدوية والحضرية.

فمثلاً سلوك المريض فى الثقافة الريفية يتمثل فى بطء الإستجابة والإنتظار حتى تظهر علامات الخطورة وحتمية اللجوء للخدمة الصحية ومن ناحية أخرى للثقافة الريفية تأثيرها على أبنائها فى كيفية الشكوى من المرض، فالإنسان الريفى كتوم متماسك عند الألم حريض على التحمل والتضرع الدائم إلى الله بالشفاء.

وبينما المريض فى الثقافة الحضرية يتخذ شكلاً آخر، حيث يسود الإهتمام بالصحة، والإسراع للذهاب للطبيب والمؤسسات الطبية والعلاج عند حدوث المرض(٤).

- القيم وعلاقتها بالصحة:

والقيمة تعنى «الصفات التى يفضلها أو يرغب فيها الناس فى ثقافة معينة وتتخذ صفة العمومية بالنسبة للمجتمع والأفراد، كما تصبح من موجهات السلوك أو تعتبر أهدافاً له»(٥).

وبذلك تصبح القيم نتاجاً إجتماعياً يندمج مع الشخصية أثناء عمليات التنشئة الإجتماعية من خلال الخبرات الجماعية والفردية، وهنا نؤكد أن القيم المنتشرة فى أى مجتمع ليست كلها، بالقيم الإيجابية أو السلبية ولكن هناك ما يمكن أن نسميه بالقيم الإيجابية الدافعة إلى الخير والتى تؤدى إلى التقدم والتطور بينما القيم السلبية هى القيم التى تدعو إلى الشر بل تعوق حركة التقدم.

ومن خلال هذا العرض الموجز عن مفهوم القيم فإن المتأمل للقيم فى بعض المجتمعات يجدها ترتبط إرتباطاً وثيقاً بالصحة العامة، ومثال ذلك قيمة

النظافة وما يرتبط بها من السلامة من الأمراض (مثال ذلك الأمراض الجلديه كالجرب الناتج عن العدوى وعدم النظافة).

كذلك بعض السلوكيات المرتبطة بنظافة الأطفال فهناك بعض الريفيين يتركون أبنائهم بدون نظافة خوفاً عليهم من الحسد.

كما تتضح قيمة الزواج المبكر فى الريف وما يرتبط به من أسباب منتشرة فى المجتمع الريفى كسترة البنت وفهم زوجها وسرعة الإنجاب، فهذا بالطبع يؤدى إلى مشاكل صحية للأم وكذلك للأطفال.

وتظهر أيضاً قيمة العزوة والعصبية وهذا يؤدى إلى زيادة حجم الأسرة الريفية وما يرتبط بصحة الأم وسلامة أبنائها.

- العادات والتقاليد وعلاقتهما بالمرض:

ويتضح دور العادات والتقاليد - السلبية - فى الصحة والمرض وما لهما من دور خطير فى الأمراض والأمثلة على ذلك كثيرة ومتعددة نذكر منها على سبيل المثال وليس الحصر:

١- عادات الإستحمام فى الترع والمصارف وخاصة فى الريف وما يرتبط بذلك من الإصابة بالأمراض الطفيلية كالبلهارسيا، وكذلك العادات السيئة كالتبول والتبرز فى مياه الترع مما يؤدى إلى إتمام دورة حياة البلهارسيا.

٢- عادات النظافة العامة ويتضح ذلك فى إهمال الريفيين النظافة العامة ومن أمثلة ذلك تعرض الأطعمة للذباب وإنتشار البعوض، وأكل الخضروات دون تنظيفها أو غسيلها جيداً، الأمر الذى يؤدى إلى إنتشار الأمراض المعوية وإنتشار أمراض العيون.

٣- الإعتماد على القابلات (الداية) فى حالات الولادة وعدم الإعتماد على الأطباء إلا فى الحالات المتعسرة، الأمر الذى يؤدى إلى مشاكل صحية

لدى الأم، وكذلك وجود بعض العاهات لدى الأطفال الصغار.

٤- عادات التحية والسلام، والصوت المرتفع أثناء الحديث الأمر الذى يؤدى إلى إنتشار بعض الأمراض المرتبطة بالجهاز التنفسى.

٥- عادات عدم غسل أكواب الشاى أو القهوة فى الجلسة الواحدة وشرب أكثر من فرد فى كوب واحد مما يؤدى إلى إنتشار الأمراض المعدية.

٦- عادات زيارة المريض فى المستشفى بأعداد كبيرة وبأنواع كثيرة من المأكولات التى قد تكون ضارة على صحته من جانب، وعدم التأكد من نظافتها من جانب آخر مما يؤدى إلى تدهور صحة وسلامة المريض.

- المعتقدات المرتبطة بالطب الشعبى:

تزخر المعتقدات والمعارف الشعبية برصيد ضخم من الممارسات والأفعال التى يلجأ إليها المرضى وذويهم لعلاج أمراض معينة، أو الإسعاف حالات طارئة، أو للبحث فى أمل الشفاء من مرض مزمن طال علاجه بالعلاج الطبى الرسمى.

فالطب الشعبى يعتبر من عناصر المعتقدات ويمتد ليشمل علاج الحيوانات ومن أمثلة ذلك:

أولاً: العلاج بالأعشاب:

١- الأزمات والأمراض الصدرية، وذلك بشرب ورق الجوافة فى الماء المغلى وباستخدام الشيح.

٢- علاج الأمراض الجلدية مثل الصدفية، وذلك بنبات الماشطة أو الدمسيسة المغلى يشرب المريض ودهن العضو المصاب.

٣- علاج المغص الكلوى وذلك بشرب «الأربيان» المغلى لمدة طويلة كذلك عشب ورق التين البرشومى بعد غليه.

٤- علاج التسمم وذلك باستخدام نبات الماشطة أو نبات الشيح.

٥- علاج السرطان وذلك عن طريق الأعشاب الطبية التي يأكلها القاعود بعد ذبحه وإستخراجها من معدته.

٦- علاج الروماتيزم بتسخين الحنظل ووضعه على العضو المصاب.

٧- علاج الإمساك باستخدام عشب «السلامكا».

٨- علاج السكر وذلك بنقع نبات الحنظل في الماء لمدة ساعتين في الصبح الباكر ويضع قدميه في الماء أو يبلع ٢ - ٣ حبات من نفس الحنظل على الريق كل يوم لمدة عشر أيام.

ثانيا: العلاج بالكي:

١- عرق النسا ويعالج بكي العصب الناقل للألم والموصل إلى المخ، ويكوى موضعين في أعلى الفخذ، وموضعين في «بز الرجل» ويتم هذا الكي بمسمار يتم وضعه في النار.

٢- علاج الجزوع وهي من فصيلة الروماتيزم ويعالج بالكي للعضو المصاب كاليد والقدم والمفاصل.

٣- علاج الطحال ويتخذ الكي ثلاث خطوط متقاطعة على خط واحد أفقي هكذا.

٤- الملخ ويعني تمزق في موضع قريب من المفاصل ويمكن ردها في نفس اللحظة وتكوى برأس مسمار ١٠ أو ١٥ سم لتكون فعالة.

٥- البثور وهي حبوب تظهر على الجسم كله وتسبب العجز وعدم الحركة وعلاجها بالكي بسن مسمار أو مخيط «مسلة».

٦- الربو وهو مرض يعني ضيق التنفس ويعالج هذا المرض بالكي على القفص الصدري لأعلى ولأسفل أو الكي على شكل حرف (×) من الأمام والخلف.

٧- علاج الحمى عن طريق الكى بشكل دائرة بحجم القرش فى أعلى منتصف الرأس.

٨- علاج العقلية والعصبية وتعالج بالكى فى منتصف الرأس.

٩- علاج إحمرار العين وتعالج بالكى على النقاط الغائرة خلف الحاجبين.

١٠- علاج العقم عن طريق كى العقيم فى واحد وعشرين موضعا فى الجسم، ما بين الصدر والظهر[٦].

ثالثاً: العلاج بالخزم:

والخزم هو عبارة عن إدخال خيط فى الجلد عن طريق إبرة وغالباً ما يترك الخيط فى الجلد عدة أيام.

ويفيد هذا العلاج فى الحالات الآتية:

١- علاج أمراض العيون عن طريق خزم الأذن المواجهة للعين المصابة.

٢- علاج الربو بالخزم أسفل الرقبة.

٣- علاج الإستسقاء بالخزم فى جلد البطن.

رابعاً: العلاج بالحجامة:

وهو عبارة عن إستخراج كمية من دم المريض فى بعض الأمراض مثل إرتفاع ضغط الدم، علاج أمراض الشلل، علاج الصداع، علاج أمراض العيون.

خامساً: العلاج بالسحر والأعمال التى يقوم بها الدجالين:

١- الزرار وهو أحد الوسائل للعلاج الشعبى عرف فى مصر منذ زمن بعيد وهو قيام الجماعات بدق الطبول بطريقة معينة وغناء بعض الأغانى مع تهيئة مناخ معين قد يؤدى إلى إرتياح المتردد أو هياجه النفسى.

٢- السحر والأعمال: وهو عبارة عن اللجؤ لبعض المشايخ أو بعض الناس

المتخصصين بذلك لعمل بعض الأحجبة أو الأعمال لإعتقاد بعض الأفراد فيها وأهم هذه النماذج.

(بكاء الأطفال – التوفيق بين الأزواج ... إلخ)

هذا بالإضافة إلى إيمان الريفيين فى طريق زيارة الأضرحة[٧].

المشكلات الصحية المرتبطة بالعادات والتقاليد فى المجتمع:

مازال المجتمع الريفى والقرية المصرية تعانى من المشكلات العديدة الإجتماعية والإقتصادية والصحية والترويحية ... إلخ على الرغم من توجيه الرعاية لهذا القطاع، ولكن على الرغم من ذلك فأن قصور البرامج والخدمات هى السمة الرئيسية المميزة لهذه الخدمات، ولا يتسع المجال للحديث عن هذه المشكلات المتعددة، ولكن سنقوم بعرض موجز لأهم المشكلات التى ترتبط بالصحة العامة.

أولاً: المشكلات الصحية فى الريف:

١- مشكلات البيئة:

ترتبط بالتلوث البيئى من آثار المبيدات الحشرية لمقاومة الآفات الزراعية وتأثيرها السئ على الإنسان والحيوان بجانب الأسمدة العضوية وما بها من ميكروبات وجراثيم لها إرتباط وثيق بصحة الفلاح ومن المصادر الأساسية لأسباب الأمراض ... إلخ.

٢- مشاكل حيوية:

تتصل بمعدل المواليد والوفيات وإنتشار الأمراض وهى:

أ- إرتفاع معدل الوليد وعلاقته بصحة الأمهات وصحة أطفالهن.

ب- إرتفاع معدل الوفيات فى كل الأعمار وخاصة بين الأطفال الرضع نتيجة للتلوث البيئى وإهمال الرعاية الصحية.

جـ- إرتفاع معدل الأمراض المعدية مثل الكوليرا والتيفود والتيتانوس والألتهاب السحائى.

د- إرتفاع معدل الأمراض المتوطنة مثل البلهارسيا والإنكلستوما والملاريا والدوسنتاريا والرمد الحبيبى.

٣- مشاكل مرتبطة بنمط حياة الفلاح:

أ- أمراض تنتقل من الحيوان للإنسان مثل السل المعوى والتيتانوس والقراع نتيجة لوجود حظيرة للماشية فى المنزل.

ب- أمراض الحساسية والأمراض الصدرية نتيجة لاستنشاق الأتربة وقش الأرز والقمح وروائح الزهور والخضروات.

٤- أمراض سوء التغذية وأهمها إنتشاراً:

أ- أنيميا نقص الحديد، وتصيب الأطفال والسيدات الحوامل والمرضعات.

ب- نقص البروتين فى الأطفال، نتيجة فطام الطفل على الأغذية النشوية التى لا تحتوى على كميات من البروتين الكافى لنمو الجسم.

جـ- الكساح نتيجة نقص فيتامين (د) وعدم تعرض الطفل للشمس خوفاً عليه من الحسد أو نزلات البرد.

د- البلاجرا نتيجة نقص فيتامين (ب) وذلك كان شائعاً فى الماضى لاعتماد الأسرة الريفية على الخبز المصنوع من الذرة فقط.

هـ- الإسهال نتيجة عدم نظافة البيئة وأنتشار الحشرات الناقلة كالذباب وعدم الإهتمام بنظافة وجبات الطفل، وترك الطفل فى المنزل الريفى أو فى الشارع بحيث يضع كل ما يجده فى فمه دون دراية، أو إهتمام من الأسرة.

٥- الحوادث فى القرية:

أ- التسمم بالمبيدات الحشرية المستعملة فى مقاومة الآفات الزراعية.

ب- الحرائق بسبب إمتلاء أسطح المنازل بالأخشاب ومخلفات العمليات الزراعية.

جـ- غرق الصغار فى الترع وقنوات الرى.

د- الإصابة بالأعيرة النارية الطائشة أثناء الأفراح والمناسبات.

ثانياً: العوامل التى تؤدى إلى المشكلات الصحية فى القرية:

١- العوامل البيئية:

أ- سوء تخطيط القرية، فالشوارع تخطط عشوائياً ،وهى ضيقة ومتعرجة وليس بها إضاءة كافية، كما تكثر فيها الأتربة ،وأكوام السماد البلدى مما يساعد على إنتشار الحشرات والقوارض والذباب.

ب- المساكن مزدحمة رديئة التهوية والإضاءة بها غير كافية وفى بعض النجوع والكفور الصغيرة تضاء المنازل بمصابيح الكيروسين، كما تعتمد كثير من المنازل على مياه الآبار عن طريق الطلمبات وتوضع فى أوانى فخارية وتخزن بطريقة غير صحية فتتكاثر بعض الطحالب عليها، كما يتم تخزين الوقود فوق أسطح المنازل مما يساعد على إنتشار الحرائق ويكون بيئة خصبة لاختفاء كثير من الحشرات، هذا بجانب إنعدام الصرف الصحى بالقرى الأمر الذى يؤدى إلى إنتشار الأوبئة والأمراض.

جـ- المصارف والمستنقعات، حيث يتولد فيها البعوض الذى ينقل الأمراض المعدية كالملاريا.

د- الأسواق ومدابح اللحوم، حيث لا تتوفر فيها الشروط الصحية وبالتالى تشكل أخطاراً على الصحة العامة فى القرية.

٢ - العوامل الثقافية:

أ- التمسك بالتقاليد القديمة حتى ولو كانت ضارة بالصحة مثل الزواج المبكر للبنات وتفضيل الأبناء الذكور ... إلخ.

ب- القدرية والتواكل وعدم أخذ دوراً إيجابياً فى الوقاية والعلاج من الأمراض.

جـ- عدم الثقة والإحجام عن إستخدام الخدمات الصحية الحكومية المتاحة فى القرية.

د- الاعتقاد فى أن مياه الترع هى أصح مياه لنظافة الأوانى والملابس لذا فالمرأة الريفية مازالت تعتمد على مياه الترع فى هذا الشأن.

٣- العوامل الإجتماعية:

أ- إنتشار سلطة والد الزوج ووالدة الزوج على الأبن وزوجته، ولذا تنصاع زوجة الأبن لأوامر أم الزوج حتى ولو كانت خاطئة على صحة الأطفال من إستعمال وصفات بلدية والبعد عن برامج تنظيم الأسرة.

ب- الإنقسام والتحزب بين كثير من عائلات القرية حتى فى الموضوعات التى قد لا تحتاج إلى مناقشة مما يؤثر على الإقبال أو الإحجام عن الخدمات الصحية وخاصة خدمات تنظيم الأسرة.

جـ- التنافس والصراع بين الداية وحلاق الصحة وبين الأطباء فى الوحدات الصحية، وما يقوم به حلاق الصحة بالتشكيك فى قدرة الأطباء الجدد وعدم خبرتهم والحوادث الناتجة عن الإهمال فى الوحدات الصحية رغبة منه فى رواج أعماله وممارسته غير الصحية.

د- إختلاف الرؤيا بين الفلاح وبين الأطباء المهتمين بالصحة فمثلاً يرى الفلاح أن روث الحيوانات ذو أهمية فى تسميد الأرض، ولا يهتم

بوجوده أمام المنازل أو الشوارع العامة، بينما يرى الأطباء أن هذا الأسلوب مناف للصحة العامة والآثار السيئة المترتبة على ذلك.

العوامل الإقتصادية:

أ- إنخفاض المستوى الإقتصادى، وما يترتب على ذلك من إنخفاض دخل الأسرة.

ب- إعتماد الزراعة على الأساليب التقليدية.

جـ- الخوف من الإقدام على زراعة بعض المحاصيل التى تزرع فى حقول الإرشاد.

كل هذه العوامل لها تأثير مباشر على المستوى الإقتصادى للأسرة الريفية وما يترتب عليه من سوء التغذية والأمراض المصاحبة له[٨].

٥- التعليم:

أ- إنتشار الأمية بالريف للأسباب الآتية:

١- عدم الإيمان بأهمية التعليم.

٢- التسرب فى المرحلة الإلزامية.

٣- إهمال تعليم البنات.

٤- إعتبار الأبناء قوة إقتصادية للعمل فى الحقول وإهمال التعليم.

وتوجد علاقة بين درجة التعليم والوعى الصحى للأسرة الريفية فانتشار الأمية يؤدى إلى إنخفاض الوعى الصحى وعدم الإهتمام بالوقاية من الأمراض أو تأخر العلاج.

العادات والتقاليد وعلاقتها بالصحة:

تلعب العادات والتقاليد دوراً بارزاً فى برامج الخدمات الصحية سواء بالسعى على طلب هذه الخدمات، أو بالإحجام عنها والعودة إلى العادات

والتقاليد الموروثة فى سلوك الفرد والتى تؤثر بشكل مباشر على الصحة العامة، ولذا سنحاول فى هذا الجزء تقديم عرض موجز للعادات والتقاليد فى كل من المجتمع الريفى، والبدوى، والحضرى مع ربط هذه العادات والتقاليد بصحة الفرد.

أولاً: العادات والتقاليد الريفية وعلاقتهما بالمرض:

(١) عادات الإستحمام فى الترع:

يؤدى ذلك للإصابة بالأمراض الطفيلية الخطيرة كمرض البلهارسيا، وعلى الرغم من تصدى الوحدات الريفية لعلاجها - هى وغيرها من الأمراض المتوطنة إلا أن المصابين به يحصلون على العلاج فى الصباح ويستحمون فى الترع عند الظهيرة، وعلى الرغم من التقدم العلمى فى هذا الجانب وإستبدال العلاج عن طريق الحقن اليومى بالطارطير المقىء بأربعة أقراص يأخذها المريض دفعة واحدة إلا أن المرض مايزال منتشراً فى ريف مصر وإهمال الفلاح لنفسه وتأخره فى العلاج مما يؤدى إلى عواقب وخيمة.

(٢) عادات زواج الأقارب:

وهى ظاهرة إجتماعية منتشرة فى ريف الوجهين القبلى والبحرى معاً، وأن زاد معدلها فى الصعيد، وهى عادات تسهم فى زيادة المرض الوراثى كالعمى والتخلف العقلى والقلب والسكر والصدر والإلتهاب وضعف النسل والتشوهات الخلقية... الخ وتنعكس مشكلات هذا الزواج على كبار السن فى صورة تزداد فيها أمراض السكر وإرتفاع الضغط والكاتاركتا..

(٣) عادات النظافة:

وهى الأساس فى الإصابة بمعظم الأمراض فى مختلفة القطاعات الإجتماعية، فإهمال النظافة يكثر من الذباب والبعوض، فيزداد المرض بين

الصغار (النزلات المعوية – الرمد الربيعي والصديدى – الحمى) والكبار (الأمراض المعوية – الحمى – الرمد – الإلتهاب الكبدى)، كذلك يكثر البعوض الناقل لمرض الملاريا فى الريف والحضر على السواء، وتقل بالمثل نظافة العيون بالذات فيتضاعف مرض الرمد الربيعى والصديدى لديهم حتى يؤدى فى الغالب إلى إسوداد لون القرنية.

(٤) عادات التحية والحديث:

يغلب على الريف الإهتمام بآداب التحية كالسلام بالأيدى والتقبيل وكثرة الترحيب، والحديث أحياناً بصوت عال، ولعل لهذا السلوك أثره على الإصابة ببعض الأمراض التى تنتقل عن طريق العدوى كالجديرى للأطفال فى سن الحضانة والإلزام. كما ينتقل المرض أيضاً نتيجة السلام باليد على طفل مريض بالجديرى أو التقبيل أو العطس فى الوجه، فينتقل المرض بالعدوى فى الهواء مباشرة كذلك تنتقل بين الصغار أمراض نزلات البرد واللوز والحمى والحصبة عن طريق العدوى بالمخالطة، كما تنتقل بين الكبار نزلات البرد وأمراض الصدر .. إلخ.

(٥) عادات تربية الأطفال:

فالطفل لايعرض لأشعة الشمس، حفاظاً على صحته حسب التصور الشعبى، بالرغم من أن الشمس هى التى تساعده على النمو وتساعد جسمه على تحويل الطاقة الغذائية إلى خلايا وأنسجة.

(٦) العادات الغذائية للطفل:

حيث لايتكون غذاؤه من العناصر الغذائية المتنوعة علاوة على عدم الإهتمام بالغذاء الخارجى فى سن شهرين، إذ المفروض أن تبدأ تغذيته بغير لبن الأم منذ الشهر الثانى مباشرة، بحيث يشتمل الغذاء على البيض واللبن والعناصر البروتينية الأخرى. وبالتالى تؤدى العادات الغذائية إلى إصابة الطفل

فى عامه الأول بلين العظام فيعجز عن المشى، ويتأخر التسنين، وتظهر الأنيميا الحادة نتيجة لتغذيته بالنشويات فقط مع لبن الأم.

(٧) عادات صحة الطفل:

إعتادت معظم الأمهات على أن أمراض الإسهال الشديد والهزال الواضح هى أعراض ناجمة عن «التسنين» وبالتالى يهملن فى عرضه على الطبيب، مما يؤدى إلى مضاعفة المرض، فقد يكون جفافاً ويسبب الوفاة عند السكوت عليه. وفى حالة إصابة الطفل بالحصبة تقوم الأم بتغطيته بالبطاطين فى ذروة حرارة الصيف، ولاتغذيه حتى لايتضاعف المرض، كما تحافظ على عدم إستحمام طوال ٤٠ يوماً، كذلك عند جفاف لبن الأم، فهى تعتمد فى تغذية الرضيع على النشويات فقط، فتبالغ فى تعويضه عن اللبن الطبيعى بالنشا وماء الأرز والبطاطس المسلوقة.. إلخ، فيصاب بلين العظام والأنيميا والهزال.

(٨) عادات الولادة:

يعتمد القطاع الريفى عموماً على الداية فى التوليد، وأن كان الإتجاه الآن ينصرف نحو الطب الرسمى فى حالات الولادة المتعسرة للأم البكرية والمتعلمة وذات الوضع الاجتماعى المرتفع. ومن العادات المتبعة فى الميلاد ربط رأس المولود. بعد الولادة حتى لايطول الرأسى على غير العادة، ولكن الملاحظ أن هذه العادة تحدث العكس منها حيث تطول الرزس بفعل الربط.

ثانياً: العادات المنتشرة لدى البدو:

(١) الزواج القرابى:

يتمسك المجتمع البدوى، بزواج الأقارب بين أولاد العم والخال والخالة أو أبناء القبيلة، وذلك يلقى مكانة إجتماعية ويزيد من درجة التماسك داخل

هذه القبائل، ويترتب على ذلك ظهور العديد من الأمراض والعلل أهمها ضعف النسل، وظهور الأمراض الوراثية كضعف النظر وأمراض القلب، والصمم وأمراض السكر، والأمراض الجلدية والتناسلية.

(٢) تعدد الزوجات:

تنتشر هذه العادة فى القطاع البدوى إذ يندر أن نرى رجلاً متزوج بواحدة فقط، وقد يكون ذلك مرجعه إلى حالات العقم التى تنتشر بين النساء كنتيجة لزواج الأقارب، أو الرغبة فى إنجاب الذكور، أو لحب العزوة والعصبية والإفتخار بزيادة أبناؤه، هذا بجانب أرتفاع مكانة الولد عن مكانة البنت.

(٣) عادات النظافة:

على الرغم من عدم تلوث البيئة البدوية ومابها من هواء نقى والبعد عن مصادر الأمراض المتوطنة إلا أن ندرة المياه فيها والإعتماد على مياه الآبار التى غالباً ماتكون غير صالحة لزيادة الأملاح المعدنية بها إلا أن الأمراض فى هذه البيئة ذات طبيعية ترجع إلى عادات النظافة ومن أمثلة ذلك قلة الإستحمام مما يودى إلى إنتشار الأمراض الجلدية، كما أن مخالطة الماشية من أغنام وماعز وإبل يزيد من أمراض الرمد والنزلات المعوية.

(٤) عادات الولادة:

فى أغلب الأحيان تعتمد الولادة بين نساء البدو على مساعدة بعضهم البعض، فحركة الأم الدائمة فى الرعى وجمع العشب يجعل هذه العملية تتم فى سهولة ويسر، ولقد تلد بعض النساء دون مساعدة الغير، كما أن غالبية البدو لايقوموا بتسجيل أسماء أبنائهم بمكاتب الصحة لاستخراج شهادات ميلاد وبالتالى فهم بعيدون كل البعد عن الخدمات الصحية ويترتب على ذلك إنتشار أمراض التيتانوس بين الأمهات، مع ظهور الأمراض عند أطفالهن وخاصة الدفتريا والحصبة وشلل الأطفال والدرن، والسعال والتيفود.

(٥) الزواج المبكر للبنات:

تنتشر عادة الزواج المبكر للبنات فى المناطق البدوية ويتحايل الآباء على ذلك بتسنين البنات، ويرون أن سن الزواج المناسب للبنت ١٦ سنة، ويترتب على ذلك مشاكل صحية عديدة منها النزيف عقب الولادة والوفاة لبعض الولادات المتعسرة، بجانب أن كبار السن فوق سن الستين يمكن زواجهم ببنات صغيرات فى عمر أبنائهم.

ثالثاً: العادات المنتشرة فى الحضر:

(١) عادات النظافة:

وسنركز هنا على الأحياء الشعبية المتخلفة، حيث ينتشر فيها الحشرات الناقلة للأمراض كالذباب والبعوض لكثرة المخلفات بها، وأهم هذه الأمراض الرمد الربيعى والصديدى، والنزلات المعوية، والإلتهاب الكبدى ويقضى الطفل غالبية وقته فى الشارع حافى القدمين فيتعرض للحوادث والإصابة بالأمراض.

(٢) العادات الغذائية:

تهتم الأمهات بتغذية الأطفال فى مراحله الأولى على النشويات دون البروتينات ممايؤثر على نموه الجسمى وظهور الضعف والوهن على الطفل، بجانب تلبية رغبات أبنائهن فى تناول بعض المأكولات فى الشارع من الباعة الجائلين مما يتسبب عنه أمراض معوية وإلتهابات كبدية.

هذا بجانب زيادة التدخين للآباء والأبناء الكبار وحتى الصغار مما يزيد من أمراض الجهاز التنفسى وأمراضى الرئة.

(٣) عادات ترتبط بالعلاقات الإجتماعية وأهمها:

أ- العادات الصحية: حيث تظهر أثر هذه العادات على فعالية القيام

بالخدمة ومثال ذلك ذهاب مجموعات كبيرة من المريض للمستشفيات العامة أو طبيب خاص ومايترك ذلك من آثار سيئة على هدوء المريض بالمستشفىٰ أو عيادة الطبيب.

ب- عادات التزاور بالمستشفى: حيث تقوم أعداد كبيرة بزيارة المريض والجلوس معه لعدة ساعات وإرهاقه بالأسئلة والنصائح التى قد تخل بالعلاج، هذا بجانب مايحملونه من أكياس فاكهة أو أطعمة قد تضر بصحة المريض، أو ترك آثارها فتسىء لنظافة المستشفى.

ليس معنى ذلك أنعادات التزاور والعلاقات الإجتماعية من العادات السيئة بل أنها تقوى من العلاقات الإجتماعية وتخفف من آلام المريض لو تمت بأساليب معتدلة ولأوقات قصيرة، ولكن الخطأ فيها إرهاق المريض وإثارة جو من عدم الهدوء حوله، بجانب ترك القمامة والمخلفات فى عنابر المرضى أو فى حدائق المستشفى مما يلقى عبئاً على العاملين بها وإنتشار الحشرات الضارة على هذه المخلفات من جانب آخر(٩).

نوع العمل وعلاقته بالمرض (المهنة والمرض):

تعتبر المهن مصدراً رئيسياً للإصابة ببعض الأمراض فى كافة البيئات الريفية والبدوية والحضرية... إلخ، كما أن بعض المهن تعتبر وسيطاً للعدوى وتزداد خطورتها حينما يكون أصحابها يتعاملون مع جمهور عريض فيما يتصل بالمشروبات أو المأكولات المختلفة، كذلك مهن الباعة الجائلين ببعض المؤسسات الصحية وعلاقتهم بنقل بعض الأمراض بين الأصحاء.

ومن الأمثلة الدالة على ذلك نجد أن العلاقة بين طبيعة العمل ونوع المرض فى المجتمع الريفى منذ أقدم العصور، حيث توضح كل الآراء علاقة طبيعة عمل الفلاح وبين إصابته بالأمراض الطفيلية عامة، والبلهارسيا بصفة خاصة، فالفلاح يعمل بالزراعة ويقوم بعمليات الرى الدائم للمحاصيل

والخضروات مما يعرضه بصفة مستمرة للتواجد فى مياه الترع والمصارف ممايؤدى إلى إصابته بالبلهارسيا كما أنه يسير حافى القدمين أثناء مواسم الحصاد والزراعة والرى مماى عرضه للإصابة بالانكلستوما، بجانب تناوله لبعض الخضروات دون غسلها (الخيار، الفجل ، الجرجير، الخس ...) يعرضه للإصابة بالإسكارس والدوسنتاريا.

كما أن طبيعة عمل الفلاح قد تتطلب العمل طوال النهار فيتعرض لحرارة الشمس فيتصبب عرقه، مع إنتشار الغبار فى الجو المحيط مما يؤدى إلى أمراض العيون، التى قد تصل إلى الكاتاركتا، هذا بجانب الحشرات الناقلة للمرض وإنتشارها فى البيئات الريفية، مما يؤدى إلى الأمراض كالنزلات المعوية والإلتهابات الكبدية، كما أن إنتشار البعوض فى المصارف والبرك يؤدى إلى الإصابة بمرض الملاريا، وإنتشار القطط والكلاب والفئران يتسبب فى إنتشار الأمراض الجلدية والوبائية.

ولاضرر من أن يتردد الفلاح على الوحدات الصحية بالقرية أو المركز طالباً العالج، ولكن سرعان مايعود إليه المرض مرات عديدة لما يحتمه عليه طبيعة عملة بالزراعة، هذا بجانب عدم ثقافة الفلاح فى عدم التردد على أماكن العلاج لإجراء الفحوصات الدورية للتأكد من سلامته الجسمية، ولذا لايذهب إلى الوحدة الصحية أوالطبيب إلا اذا إشتد عليه المرض وأقعده عن العمل.

كما يرفض الفلاح والمرأة الريفية الإستعانة ببعض الأجهزة التعويضية كالنظارات الطبية أو السماعات لضعاف السمع ... إخ وذلك لارتباطها بمراكز إجتماعية راقية فى المجتمع الريفى كالطبيب، والمهندس، والمعلم، والمشرف الزراعى ... إلخ، فهى عنصر ثقافى يرتبط بمركز إجتماعى معين. هذا بالإضافة إلى أن هذه الأجهزة تعطل وتحول دون حرية الفلاح أو المرأة

الريفية أثناء العمل فى مزارعهم.

كما تتضح العلاقة بين المهنة والمرض فى البيئات البدوية فالرعى يرتبط بظهور الأمراض الجلدية لمعايشة البدوى للحيوانات كالأغنام والماعز والإبل، علاوة على إعتماد البدوى على المياه الجوفية ذات الملوحة فى بعض الأحيان يساعد على إنتشار أمراض الكلى، كما يشترك فى الإصابة ببعض الأمراض المنتشرة فى الريف كالدوسنتاريا والإنكلستوما.

وتنتشر أمراض الحساسية الصدرية للعاملين بالمحاجر لانتشار الغبار وتلوث بيئة العمل، مع عدم توافر أساليب الأمن الصناعى كالأقنعة الواقية والكمامات.

كما تظهر أمراض العصر فى المدينة مثل الذبحة الصدرية، وتصلب الشرايين، والأزمات الربوية ... إلخ نتيجة لطبيعة الحياة الحضرية بالمدن، وأنماط المهن السائدة وطريقة الحياة فيها وسنقوم بعرض بعض الأمثلة لأمراض المهنة فى المدن.

أ- إنتشار الكبد الوبائى بين عمال المقاهى، والنجارين والحلاقين والحمالين ... إلخ.

ب- إنتشار الأمراض الصدرية بين عمال مصانع الغزل والنسيج ومصانع الأسمنت ... إلخ.

جـ- إنتشار الأمراض الصدرية بين عمال الأفران والمسابك ... إلخ[١٠].

وسنقدم فى الجزء القادم نماذج واضحة عن أمراض المهنة بين العمال الذين يتعرضون للحرارة العالية، وماتسببه لهم من أمراض تتدرج خطورتها وفقاً لشدة الحرارة من جانب، وإستخدام الأجهزة الواقية من جانب آخر،

وسوف نقوم بعرض ذلك على النحو التالى:

الصناعات التى يتعرض فيها العمال لدرجة حرارة مرتفعة وعلاقتها بالمرض:

١- صناعة المعادن

- الزرنيخ - الأنتيمون - الحديد والصلب
- النحاس - الرصاص - الزئبق
- الزنك - الألومنيوم

٢- المهن التى يتعرض العمال فيها للحرارة المرتفعة:

- أسمنت بورتلاند - الملح - الصابون
- اللينوليوم (مشمعات الأرضية) - المغاسل
- عمال الحفر والنقش - عمال المناجم - الصناعات الكيماوية
- المطاط - البترول - دباغة الجلود
- مراكم الكهربائية (البطاريات) - الغراء
- خشب الألواح (الأبلاكاچ) - الكبريت - المنسوجات
- الورق - الدهان أو الطلاء (البويات)
- السيراميك - الطوب - الزجاج
- الفخار والخزف - مساحيق التنعيم المصنعة
- تكرير السكر - المسابك
- عمال غرف أو عنابر الآلات فى البواخر - بناء الخزانات والسدود
- عمال المخابز - صناعة الحلويات

- الحدادين - عمال الآلات الرافعة - عمال الطهى (المطابخ)

٣- وكذلك الفلاح الكادح والعامل فى إصلاح الأراضى الزراعية وتعبيد الطرق وإصلاحها.

وهذه الصناعات تؤدى إلى إرتفاع حرارة الجسم للأسباب الآتية:

١- التمثيل الغذائى وحركة العضلات ونشاطها.

٢- الإشعاعات الحرارية.

٣- إستنشاق هواء حرارته عالية للغاية.

٤- الرطوبة، حركة الهواء (ركوده وحركته).

- الأمراض التى تصيب الإنسان من التعرض لحرارة مرتفعة أو للإشعاعات الحرارية.

١- الإنهاك الحرارى. ٢- ضربة الشمس.

٣- ضربة الحرارة. ٤- التقلص الحرارى.

أ- نتيجة الإفراط فى شرب الماء.

ب- نتيجة الإفراط في تناول ملح الطعام.

٥- إحتباس العرق وإنقطاعه. ٦- طفح جلدى حرارى (حمو النيل)

٧- الإغماء الحرارى. ٨- أوذيما الحرارة أو الورم الحرارى.

٩- إحتقان الملتحمة الدموى. ١٠- رمد الضوء الكهربى.

١١- إظلام العدسة (كاتاراكتا) ١٢- إلتهاب الجلد أو حرق الشمس.

١٣- الأورام السرطانية الناتجة عن الأشعة فوق البنفسجية.

١ - الإنتهاك الحرارى:

عندما يشعر المرء بالضيق والإعياء والصداع أو السبات أحياناً من الجو الذى يعمل فيه، أو عندما يكون العمل شاقاً ومرهقاً فى مثل تلك الظروف الجوية يشير هذا بأن الدورة الدموية قد إعتراها القصور، قبل أن يختل التوازن الحرارى ويضطرب إذ يغشى الإنسان غالباً فى الجو الحار أو الرطب - حيث التهوية سيئة ضئيلة أو منعدمة - الإنهاك الحرارى، نتيجة تمدد الأوعية الدموية بالجلد وإزدياد سريان الدم نحو سطح الجسم الخارجى إلى الحد الذى تضطرب فيه الدورة الدموية وتخفق، وتزداد ضربات القلب ودقاته وتنخفض الضغط الشريانى ويقل تباعاً جريان الدم وتدفقه إلى المراكز العصبية والقلب والعضلات والأعضاء الأخرى الداخلية.

ويدرك إضطراب الدورة الدموية هنا باستعمال مقويات القلب، والحقن الوريدية، بالسوائل (الجلوكوز أو محلول الملح) فيظهر أثرها بأن تزيد كمية الدم وتدعم الضغط الشريانى وتشد أزره ويعتبر هذا أيضاً من أهم وسائل العلاج فى حالات الإنهاك الحرارى ومن ضروب الوقاية، وذلك بالإضافة إلى إقصاء المريض عن جو العمل وبقاؤه فى هدوء تام، ومكان بارد، عندما يشعر بالصداع أو الدوار أو الإغماء مهما كان هذا الشعور ضئيلاً، مع تزويده بسوائل رطبة إن رغب فى ذلك وتعاطيه فيتامين (ج) لأهميته البالغة للوقاية من الإنهاك الحرارى.

٢ - ضربة الحرارة:

عندما تقل كمية الحرارة التى يفقدها الجسم عن كمية الحرارة التى يكتسبها من حرارة الجو ويمتصها من البيئة التى يعمل فيها، بالإضافة إلى ما يتكون بجسمه من حرارة للتمثيل الغذائى ونشاطه ونشاط أعضائه وعضلاته تتراكم، تلك الحرارة بجسمه رويداً رويداً إلى الحد الذى ترتفع فيه

باطراد وعلى التوالى ومن ثم يصاب العامل بمجموعة أعراض، تتميز بما يطلق عليها «الحمى المحرقة» وهى درجة الحرارة التى تزداد عن ٤١ْ، وباضطراب عنيف فى الجهاز العضبى المركزى.

وتعتبر تلك الظاهرة وهذه الأعراض غالباً سكان المناطق الحارة وبعض الصحارى وأحياناً المناطق الحارة، وأولئك الذين يتعرضون لأول مرة فى دور الصناعة لجو رطب عالى الحرارة، سئ التهوية، وكذلك العمال الذين يحتسون الخمر أو يشكون إضطراباً هضمياً، رغم تأقلمهم وتكيفهم بمثل هذا الحد، وتفشى ضربة الحرارة بخاصة بين عمال المناجم، المخابز، عنابر الغلايات بالبواخر وغيرها.

مصدر العلة وسببها:

تجهد الحرارة العنيفة والمستمرة على الدوام المركز العصبى الخاص بالتوازن الحرارى الموجود، فيقل إفراز العرق أو يتوقف، فترتفع درجة حرارة الجسم تباعاً وعندما ترتفع درجة حرارة الجسم، يزداد التمثيل الغذائى به وبالتالى ترتفع حرارة الجسم وتزداد مرة أخرى وتعطل مثل تلك الحرارة العنيفة وظيفة المراكز العصبية المحركة للأوعية الدموية فيعترى الأوعية الدائرية بسطح الجسم الإنقباض ويعجز الجسم فى نهاية المطاف عن التخلص من حرارته الزائدة، ويلاحظ أن الجو الحار الرطب يجهد الجهاز الغدى العرقى أكثر من الجو الحار الجاف.

- التغيرات المرضية:

يغشى الإحتقان جميع أعضاء الجسم، ويبدو على الجلد بقع أرجوانية متعددة كدمات دموية على هيئة النقط ويحتقن المخ ويتورم ويعتريه نزيف متعدد، ويصاب الجزء القابل للتلون بنواة خلايا المخ والمخيخ بالتحليل. وقد شوهد فى بعض الحلات التى يطول فيها إنخفاض ضغط الدم، والإضطراب

والخلل الذى يصيب المركز العصبى هو من قبيل التغييرات الكيميائية والفيزيائية الحيوية، ولوحظ بالتورم فى الحلات التى إنتهت بالوفاة، ونزيف فى أفرع العصب المتشعب وكميات كبيرة من السائل فى الأمعاء الدقيقة ونزيف تحت بطانة القلب للبطين الأيسر.

- أعراض ضربة الحرارة:

يصاب العامل بمأساة المرض فجأة ودون مقدمات، لايراها الأطباء فى مراحلها الأولى، إنما يحضرها رفاقه فى العمل والمشرفون عليه من الرؤساء، إذ يتبلد شعوره وتنقطع صلته بالعالم من حوله بعد مكابدة عدة ساعات من العمل المتواصل ينفعل ويحتد مزاجه غالباً ويتهجم أثناء العمل ويترنح، وعيناه تحملقان لكنهما تخلوان من كل تعبير، يرى لكنه لايدرك ولايعى ما يراه، تقع منه العدة التى ينجز بها عمله أو يقبض عليها بشدة وإصرار وإذا حاول زملاؤه تهدئته زاد هياجاً وحدة وإنفعالاً وقد يرتمى على الأرض ويغيب عن الوعى وتغشاه رجفة عنيفة ورعشة فى أطرافه إلى الحد الذى قد يظن زملاؤه أنه مخمور أو أصابته لوثة.

سبل الوقاية الخاصة بضربة الحرارة:

أيدت التجارب على أنه لايجوز فى الصناعات والمهن التى تتعرض لجو حرارته عالية أو حار رطب تشغيل المرض بالعلل التالية:

- القلب والدورة الدموية.
- الضعيف المنهك القوى.
- إضطراب الجهاز العصبى اللاإرادى.
- الصبية فى دور المراهقة.
- السكر.
- أمراض الكلى.
- المرضى بالالتهابات الجلدية، مثل مرضى السمكية، حيث يقل عندهم الإستعداد لنضح العرق.

٣- التقلص الحرارى (تقلص العضلات):

عندما ينضح العرق بغزارة ويشرب العامل الماء بإفراط ويقل فى الوقت نفسه إفرازه للبول، قد يصاب بتقلصات فى عضلاته بعد ساعات قلائل من بدء العمل. ويسبق التقلص عادة الخمول والتعب والصداع والقئ والدوار والغثيان ووخز فى الأعضاء والتشنج الإنجاجى وتعترى التقلصات المصحوبة بآلام مبرحة، عضلات باطن الساق والفخذ، وأحياناً عضلات البطن وأعلى الذراعين والظهر وعضلات ما بين الضلوع مما يعطل التنفس ويمنعه، وتستمر تلك التقلصات دقائق قليلة ثم تنفرج الأزمة وتنبسط العضلات وتتراخى لكنها لاتلبث أن ترتد ثانياً ثم تنبسط ويتكرر التقلص والتراخى مرات ومرات.

أ- حالات تنتج من الإفراط فى شرب الماء:

ينضح العمال فى بعض العمليات الخاصة فى صناعة الحديد والصلب عرقاً غزيراً جداً، ويتعرض هؤلاء لاحتسائهم الماء بإفراط وبسرعة لاختلال فى التوازن وتتميز مجموعة أعراض هذا النوع من التسمم المائى بفقدان الشهية للطعام والصداع والغثيان، ولو إستمر العامل فى تناول الماء فقد يصاب بالقئ.

٤- إحتباس العرق لإرتفاع حرارة الجو:

يصاب بعض العمال الذين تأقلموا فيما سبق على الجو الحار والعمل فيه، بحالة مرضية لايمكن تعريفها على الوجه الأكمل، أو تحديدها بدقة، عندما يتعرضون بتواصل ولمدة طويلة لجو شديد الحرارة للغاية، إذ يصمت العرق ويحتبس عندهم فجأة ولاينضح من أبدانهم مطلقاً إلا على وجوههم وحسب ويعترى الضعف والفتور والإعياء العامل وذلك بالإضافة إلى أنه يشكو من الصداع والدوار وإرتفاع فى درجة حرارته. ويكون جلد المريض

دافئاً وجافاً يكسوه طفح (حمو النيل) ويسعف المريض بإبعاده عن الجو الحار إلى مكان بارد مع الراحة التامة وإعطائه سوائل باردة.

٥- إحتقان الملتحمة الدموى:

يتميز إحتقان الملتحمة باحمرار فى الغشاء المخاطى للجفن وحوافه وثناياه، نتيجة إمتلاء أوعيته الدموية السطحية بالدم لتمددها ويغشى العين الإحمرار والحرقان وتنهمر منها الدموع، ويصاب العمال بالمرض لتعرضهم للإشعاعات الحرارية تحت الحمراء وفوق البنفسجية لإهمالهم حماية أبصارهم بالنظارات الخاصة. كما هو الشأن عند عمال اللحام الكهربائى. وأولئك الذين يتعرضون للضوء الساطع الوهاج أياً كان نوع، كالممثلين والممثلات عند التقاط الأفلام، وأعمال الطرق وشرطة المرور.

٦- رمد الضوء الكهربائى:

عندما ينظر العمال للأشعة فوق البنفسجية العنيفة مدة قصيرة كالأشعة التى تتطاير فى عمليات اللحام الكهربائى، أو يتطلعون لضوء الشمس أو الإشعاعات المنعكسة عنها على سطح الماء أو الثلج أو الرمل الأبيض، يعترى بعضاً من هؤلاء إلتهاب القرنية.

٧- كاتاركتا أو إظلام العدسة:

إنه من خصائص الأشعة دون الحمراء التى تتراوح أطوال موجاتها ما بين ١٩,٩٠٠٠ - ١٠,٠٠٠٠ إنجستروم، أن تمتصها القرنية، والسائل المائى بالعين والقزحية والعدسة فتتحول بها إلى حرارة ولافتقاد العدسة الشديد إلى دورة دموية يستطيع الدم بها تخليصها مما إمتصته من حرارة تتكون العتامة وتأخذ العدسة فى الإظلام ويجمع العلماء الرأى على أن العدسة لايصيبها عتامة أو إظلام مهما إمتصت من الأشعة فوق البنفسجية.

ومن أنه لوحظ منذ أكثر من قرن مضى إصابة بعض العمال بالكاتاراكت (إظلام العدسة) فى الصناعات التالية: صناعة الزجاج بالنفخ، الحدادة والسباكة واستخلاص الحديد من خاماته وصناعة الصاج المطلى بالقصدير وصناعة الصلب والسلاسل لتعرضهم وتحديقهم فى النار المتوهجة أثناء العمل.

٨- إلتهاب الجلد وإحمراره أو حرق الشمس:

عندما يتعرض الإنسان لأشعة وبخاصة الأشعة فوق البنفسجية يصاب جلده المكشوف بالإلتهاب االحاد ويحمر لونه إحمراراً شديداً يصحبه الحرقان والألم، وينتج الإحمرار من تمدد الأوعية الدموية الدقيقة جداً بالجلد بسبب هذه الحروق، قد ترتفع حرارة جسم المريض إرتفاعاً يصحبه الصداع والتوعك، أى التعب العام، أما التغيرات المرضية التى تعترى الجلد فهى الإحمرار المصحوب بالحكة، والحرقان يتبعه ورم، وقد تظهر الفقاقيع، أو القرح التى قد تتقيح ويحمر لونها وقد تموت خلايا الطبقة السطحية العليا بالجلد وتتقشر ثم تسقط وتتناثر بعد عدة أيام قلائل.

٩- أورام الجلد السرطانية الناتجة عن الأشعة فوق البنفسجية:

أيدت التجارب التغيرات التى تعترى جلد البحارة لتعرضهم لأشعة الشمس المحرقة مدة طويلة، تلك التغيرات الجلدا ية التى تسبق ظهور الأورام السرطانية عادة إذ أكدت الأبحاث العلمية فيما بعد، أن العمال يصابون بتلك الأورام فى الأجزاء العارية من أبدانهم عند تعرضهم لأشعة الشمس أو بالأحرى للأشعة فوق البنفسجية بها مدة طويلة وكذلك للأشعة البنفسجية الأخرى الصادرة من قوس اللحام الكهرباذى أو من لمبات الأشعة فوق البنفسجية[١١].

خاتمـــــة

يتضح من هذا العرض لموضوع «الثقافة وعلاقتها بالمرض» أن هناك إرتباط واضح بين محتويات الثقافة من عادات وتقاليد وأعراف، وقيم، وفنون .. إلخ، وبين السلوك المرضى وكيفية التصرف حيال الأمراض، وأفكار وإتجاهات المريض وأسرته تجاه المرض.

كما أوضح هذا العرض المعتقدات الشعبية المرتبطة بالتداوى من خلال تراث الطب الشعبى كالتداوى بالأعشاب، والكى، والحجامة، والخزم، بل الإعتقاد فى الذهاب إلى الأضرحة وزيارة قبور الأولياء، واللجوء إلى الدجالين .. إلخ.

كما قدم هذا الفصل عرضاً للعادات والتقاليد المنتشرة فى كل من البيئة الريفية والحضرية والبدوية والمتمثلة فى عادات الزواج وتعدد الزوجات، والعادات الصحية، وعادات النظافة، وعادات الغذاء، وعادات الولادة .. إلخ، وعلاقة هذه العادات بالأمراض المنتشرة فى المجتمع المصرى.

هذا بجانب تقديم عرض مختصر عن الأمراض المهنية، أو بعبارة أخرى تبيان العلاقة بين الأمراض المرتبطة ببعض المهن سواء الزراعية، وأعمال النسيج وعمال المحاجر لتوضيح الآثار الضارة لهذه المهن إذا لم تتخذ كافة الأساليب الوقائية التى تحول دون الإصابة ببعض الأمراض.

مراجع الفصل السادس

١ – محمد على محمد، وآخرون، «المجتمع والثقافة والشخصية»، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٣، ص ٤٠١.

– محمد محمود ربيع، «تطوير التعليم فى حقل العلوم السياسية كأداة للتنمية»، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، ١٩٨٥، ص ١١ – ٣٢.

٢ – محمد محمود الجوهرى «علم الاجتماع وقضايا التنمية فى العالم الثالث» (٤٧)، دار المعارف القاهرة، ١٩٨١، ص ٩٧.

٣ – حسين عبد الحميد رشوان «دور المتغيرات الاجتماعية فى الطب والأمراض»، دراسة فى علم الاجتماع الطبى، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٣، ص ٢٨٣.

٤ – على المكاوى «الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية»، دراسة ميدانمية فى علم الاجتماع الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ص ٢٧٩ – ٣٠٣.

٥ – أحمد زكى بدوى «معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية»، مكتب لبنان، ١٩٧٧، ص ٣٧٩.

٦ – انظر:

– على المكاوى، نفس المرجع السابق، ص ٣٢٥ – ٣٢٩.

٧ – أنظر وقارن كل من:

– أحمد الخشاب، دراسة أنثروبولوجية، دار المعارف بمصر، ١٩٧٠.

– فاطمة المصرى، الزار دراسة نفسية أنثروبولوجية، الهيئة المصرية للكتاب، ١٩٧٥.

٨- أميره صادق طنطاوى، فاتن عبد اللطيف، «مبادئ صحة المجتمع»، بدون مكان نشر، الإسكندرية، ١٩٩٣، ص ٢٤٣ - ٢٤٧.

٩- أنظر:

- على المكاوى، نفس المرجع السابق، ص ٣٠٨ - ٣١٨.

١٠- أنظر:

- على المكاوى، نفس المرجع السابق، ص ٢٨٧ - ٣٠٠.

١١- أنظر فى هذا الشأن:

- محمد السيد عبد العال، «دعائم الصحة المهنية والأمن الصناعى»، موسوعة فى الطب الصناعى، العدد الخامس، دار المعارف، القاهرة، ١٩٧١، ص ١٩٥ - ٢١٢.

- عبد الملك محمد العصفورى، «تأثير الحرارة والرطوبة على عمال الصناعة»، كلية الهندسة، جامعة القاهرة، ١٩٥٧.

الفصل السابع

التلوث البيئى وعلاقته بالمرض

التلوث البيئى وعلاقته بالمرض

تقديم ...

البيئة هى كل ما هو خارج عن كيان الإنسان، وكل ما يحيط به من موجودات، فالهواء يتنفسه الإنسان، والماء يشربه، والأرض التى يعيش عليها ويزرعها، وما يحيط به من كائنات حية أو جماد، هى عناصر البيئة التى يحياها، وهى الإطار الذى يمارس فيه حياته ونشاطاته المختلفة.

وأهم ما يميز البيئة الطبيعية هو ذلك التوازن الدقيق القائم بين عناصرها المختلفة، فلو أن ظروفاً ما أدت إلى إحداث تغيير من نوع معين فى إحدى هذه البيئات، فإنه بعد فترة قابلة قد تؤدى بعض الظروف الطبيعية الأخرى إلى تلافى اثار هذا التغيير.

وعادة ما يؤدى تغيير الظروف المحيطة بإحدى البيئات (البحيرات - الغابات - البحار) إلى حدوث تغيير ما فى الشكل العام لهذه البيئة، ولكن البيئة التى تحتوى على عدد متنوع من النباتات والحيوانات تستطيع عادة أن تقاوم مثل هذه التغيرات فى حدود معينة، فلو أن أحد عناصر هذه البيئة ضعف، أو أصابه الإضمحلال نتيجة ظروف طارئة، فإن الأنواع الأخرى أو العناصر الأخرى الموجودة فى هذه البيئة ستستمر فى مهمتها، وتعمل على تعويض هذا النقص الطارئ من توازن البيئة.

ولقد كان من آثار تدهور حالة البيئة وتلوثها والتزايد الهائل فى أعداد السكان فى العالم وطلب الغذاء، مما ألقى عبئاً كبيراً على الموارد الطبيعية التى تتوفر فى البيئة المحيطة بالإنسان، كما أدى التقدم الهائل فى الصناعة إلى ظهور أنواع جديدة من المواد الكيمائية التى لم تعرفها البيئة من قبل، فتصاعد بعض الغازات الضارة من مداخن مئات المصانع لوثت الهواء،

وألقت هذه المصانع مخلفاتها ونفاياتها الكيمائية السامة فى البحيرات وفى الأنهار، وإسراف الناس فى إستخدام المبيدات الحشرية، والمخصبات الزراعية ذلك إلى تلوث البيئة بكل صورها من تلوث الهواء، وتلوث الماء، التربة، وأصبحت الأراضى الزراعية غير قادرة على الإنتاج.

صبح تلوث البيئة ظاهرة نشعر بها جميعاً، فلن تعد قادرة على تجديد مواردها الطبيعية، وإختل التوازن بين عناصرها المختلفة، ولم تعد هذه العناصر قادرة على تحليل مخلفات الإنسان، أو إستهلاك النفايات الناتجة من نشاطاته المختلفة، وأصبح جو المدن ملوث بالدخان المتصاعد من عادم السيارات وبالغازات المتصاعدة من مداخن المصانع ومحطات القوى، والتربة الزراعية قد تلوثت نتيجة الاستعمال المكثف للمخصبات الزراعية والمبيدات الحشرية وحتى أجسام الكائنات الحية لم تخل من التلوث، فكثير منها يختزن فى أنسجته الحية نسبة ما من بعض الفلزات الثقيلة، ولم تسلم المجارى المائية من هذا التلوث، فمياه الأنهار والبحيرات فى كثير من الأماكن أصبحت فى حالة يرثى لها نتيجة ما يلقى من مخلفات ومن فضلات الإنسان، كما أصاب التلوث البحيرات المقفلة والبحار المفتوحة على السواء.

ولايقتصر التلوث على مناطق بعينها، فالغلاف الجوى متصل وتدور فيه المواد الملوثة من مكان لآخر، والبخار المفتوحة تنتقل منها المواد الملوثة بحرية تامة مع تيارات المياه، وبذلك قد ينتقل التلوث من دولة إلى أخرى، وقد تنقل التيارات الهوائية والطيور بالمواد المشعة من مناطق التجارب النووية إلى أماكن أخرى بعيدة، ويتبين من كل ذلك أن البيئة متصلة وتكون وحدة واحدة بالنسبة للإنسان.

ولقد أهمل الإنسان كثيراً فى حق نفسه وإنشغل تماماً بتدبير احتياجاته ومتطلباته، وجرى وراء التكنولوجيا الحديثة بكل قواه دون أن يفطن إلى أنه

قد تسبب فى الإختلال بالتوازن الطبيعى للبيئة المحيطة به، فساعد بذلك على تلوث الهواء، وأفسد التربة الزراعية، وقضى فى بعض الأحيان على مظاهر الحياة فى كثير من الأماكن.

وبناء على ما سبق من مظاهر تلوث البيئة أحست الكثير من الهيئات والمنظمات العالمية خطورة هذه المشكلة وعُقدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مؤتمراً عالمياً لبحث مشاكل البيئة على مستوى العالم ١٩٧٢، وعلى الرغم من ذلك ظهرت بعض الخلافات الجوهرية بين موقف الدول الصناعية، وموقف الدول النامية فى تطوير مجتمعاتها[١].

وليست للملوثات أثرها السلبى على البيئة فقط بل إمتدت إلى تدهور صحة الإنسان نفسه كما سنعرف فى هذا الجزء سواء كان هذا التأثير فى سلوك الفرد وصحته أو فى سلوك الجماعة، وسنقوم بتحديد أهم مظاهر التلوث البيئى والتى لها علاقة وطيدة بحياة وسلامة الإنسان وذلك على النحو التالى:

١- تلوث الهواء.

٢- تلوث المياه السطحية والجوفية.

٣- التلوث الضوضائى.

٤- التلوث بالنفايات.

٥- التلوث بالمبيدات الحشرية.

٦- التلوث بالإشعاعات والتغيرات الكيمائية والفيروسات.

أولاً: تلوث الهواء:

إن تلوث الهواء من الأمور التى يمكن إدراكها بسهولة خاصة لهؤلاء

الذين يعيشون فى المدن «وخاصة المدن الصناعية والمناطق القريبة منها، ويمكن تعريف التلوث «بأنه تواجد شوائب فى الهواء سواء وجدت طبيعية أو بفعل الإنسان وبكميات ولفترات تكفى للإقلال من راحته أو للإضرار بالصحة العامة بحياة الإنسان والحيوان والنبات والممتلكات.

إن تلوث الهواء يعتبر مسئولاً عن تلف كثير من المصنوعات كالجوارب النايلون مثلاً والدهانات أو الطلاء البلاستيك، كما يعتبر مسئولاً عن تلف ما قيمته ٥٠٠ مليون دولار من المحاصيل سنوياً، ولقد ذكر فى مؤتمر لمنظمة اليونسكو عام ١٩٦٨ كما أن الإنسان نقص عمره حوالى عشرون عاماً بسبب تلوث الهواء.

لأن الإنسان العادى يحتاج إلى قدر كبير من الهواء يومياً فهو يتنفس حوالى ٢٢٠٠٠ مرة فى اليوم الواحد فى حالة السكون، وتزيد مرات التنفس على ذلك كثيراً أثناء الحركة وبذل الجهد وممارسة الألعاب الرياضية، ويحتاج الإنسان إلى قدر كبير من الهواء يصل إلى نحو ١٥٠٠٠ لتر كل يوم، ويبلغ وزن هذا الهواء نحو ١٦ كيلو جرام وهذا يفوق ما يستهلكه الفرد من الماء والغذاء فى اليوم الواحد ويمكن أن نستعرض أهم مصادر تلوث الهواء فيما يلى:

١- السيارات ووسائل النقل الجوى.

٢- المصانع على إختلاف أحجامها وإنتاجها.

٣- الوقود المستخدم فى التدفئة.

٤- حرق النفايات(٢).

ومن أهم مصادر تلوث الهواء مصانع الورق، ومصانع الحديد والصلب،

ومعامل تكرير البترول، ومسابك صهر المعادن، ومصانع الكيماويات، وتقذف هذه المصانع في الغلاف الجوى سنوياً، ٣ مليون طن من الهيدروكربون، ٣ مليون طن من المواد الهبائية.

كما أن الوقود الذى يحترق للتدفئة في المنازل والشقق والمكاتب، يبعث إلى الهواء الجوى سنوياً ٢ مليون طن أخرى من أول أكسيد الكربون، ٣ مليون من أكاسيد الكبريت، ومليون طن من الهيدروكربون، ومليون طن من الهباء.

كذلك فإن احتراق النفايات والقمامة يبعث إلى الهواء الجوى سنوياً حوالى مليون طن أخرى من أول أكسيد الكربون، ومليون طن من أكاسيد الكبريت، مليون طن من أكاسيد النيتروجين، ومليون طن من الهيدروكربون، ومليون طن من الهباء.

ولقد ثبت علمياً أن تلوث الهواء ضار بصحة الإنسان ويؤدى إلى الوفاة، ويلاحظ أن معدلات الوفاة تكون مرتفعة في الأماكن التى يكثر فيها الضباب والدخان، ففي تلك المناطق نلاحظ أن حالة الوفاة بالنسبة للشيوخ والأطفال الصغار ومرضى الجهاز التنفسى تكون سريعة.

وكان من نتائج تلوث الهواء الحالات المؤسفة التى حدثت في لندن عام ١٩٥٢، وفي مدينة دونورا في بنسلفانيا من وجود كمية كبيرة من الدخان الكثيف في سماء هذه المدن وما أدى إليه من مشكلات وحدوث إنقلاب حرارى أدى إلى إصابة ٦٠,٠٠٠ بالمرض، ووفاة خمس عشر رجلاً وخمسة من النساء. وما بقى من السكان وقع تحت مضاعفات هذه الكارثة.

وهناك حادث آخر في وادى الميز في بلجيكا عام ١٩٣٠ وفي روزاريكليا بالمكسيك عام ١٩٥٠، فلقد حذر الأطباء المواطنين في لوس

الجلوس بعدم ممارسة أى رياضة تتطلب تنفساً عميقاً نظراً لخطورة الهواء الملوث والمنتشر فيها على الرئتين. كما أن برامج التربية الرياضية تقرر على الطلاب فى المدارس تخضع للإشراف الطبى الدقيق، كما حذر الأطباء الأفراد والأسر من الإبتعاد عن هذه المدينة حتى يتجنبوا الأمراض الصدرية، والإلتهاب الرئوى، وإنتفاخ الرئة، ويقدر عدد المرضى فى هذه الكارثة بحوالى عشرة آلاف مريض.

ومن اثار تلوث الهواء أن الشخص العادى يتعرض لجو يحتوى على ٨٠ جزء من المليون من أول أكسيد الكربون لمدة ٨ ساعات فإن الجهاز الدورى لحمل الأكسجين تقل بنسبة ١٥ ٪، ويتسبب ذلك فى فقدان الجسم جزءاً من الدم، وعندما تكون حركة المرور شديدة ومزدحمة فإن محتوى الهواء من أول أكسيد الكربون تصل إلى ٤٠ جزء من المليون، لذلك كثيراً ما يصاب سكان المناطق المزدحمة بأعراض التسمم الحاد والصداع، وضعف الرؤية، ونقص فى تناسق العضلات، والغثيان، والآلام الباطنية، وفى الأحوال الحادة يحدث عدم الوعى والوفاة.

كما أن حالات التسمم المزمنة تنتج عن أول أكسيد الكربون كما أن أكاسيد الكربون عادة تسبب أمراض الجهاز التنفسى، كما أن مركبات الكبريت تؤدى إلى تهيئة فى قنوات الجهاز التنفسى والسعال والإختناق، ويعتبر ثانى أكسيد الكربون مسئولاً عن زيادة معدلات الربو الحاد، والإلتهاب الرئوى.

ومما سبق يتضح أن أهم ملوثات الهواء ما يلى:

١- ثانى أكسيد الكربون.

٢- ثانى أكسيد الكبريت.

٣- أكاسيد النيتروجين وأول اكسيد الكربون.

٤- أكسيد الرصاص.

٥- مركبات الكلوروفلوروكربون.

مصادر تلوث الهواء:

١- التلوث الطبيعي وهو الذى يحدث بفعل الطبيعة ولادخل للإنسان فى هذا التلوث، ويصعب عليه التحكم فيها ويمكن عرضه فيما يلى:

أ- البراكين وما ينتج عنها من ثانى أكسيد الكربون، فلوريد الأيدروجين .. إلخ.

ب- التفريغ الكهربائى للسحب الرعدية وينتج عنه أكاسيد النيتروجين.

جـ- تسرب الغاز الطبيعى من جوف الأرض وينتج عنه كبريتيد الأيدروجين.

د- الرياح والعواصف والإشعاع الشمسى وينتج عنهم الأملاح المنشورة فى الجو، والفطريات وحبوب اللقاح.

هـ- صخور القشرة االأرضية وينتج عنها النشاط الإشعاعى.

٢- التلوث الصناعى ويحدث بفعل الإنسان، ويمكن التحكم فيها وتلافيها وهى مصدر للعديد من المواد الملوثة والروائح الكريهة والضوضاء ومن أهم هذه المصادر إستخدام الفحم والغاز الطبيعى، والمواد البترولية واستخدامها، واستخدام المبيد الحشرى والأسمدة.

ويمكن تقسيم ملوثات الهواء إلى خمس مجموعات هى:

١- مواد كيمائية وتحدث إلتهابات فى الأغشية المخاطية.

٢- مواد خانقة وهى التى تتداخل مع عملية الأكسدة فى أنسجة الجسم.

٣- مواد مخدرة وهى التى تحدث تأثيرها على الجسم كله وتضعف الجهاز العصبى المركزى.

٤- مواد سامة، وتؤثر على المجموعة الدموية وتتلفها.

٥- مواد صلبة غير سامة.

ثانياً: تلوث المياه:

وهناك تلوث آخر غير تلوث الهواء، وهو تلوث الماء، ورغم أن الماء له أهمية كبرى لاجدال فيها لكل الأحياء، إلا أن تلوثه لايقل فى خطورته عن تلوث الهواء، لأن الماء يحتل ثلثى الأرض، ولو وزعنا الماء على سكان هذا الكوكب لكان نصيب الفرد ٤٠٠ مليون طن يومياً مدى حياته، لكن مياه البحر لاتصلح لمن يدب بأقدامه على سطح الأرض أو يضرب بجذوره فيها لكنه لكائنات أخرى حيوى وهام.

ويعتبر الماء من أهم السوائل الضرورية للحياة ولاغنى عنه لجميع الكائنات الحية، وتأتى أهمية الماء بعد أكسجين الهواء مباشرة، فالإنسان يحتاج إلى بعض لترات كل يوم، ولذلك يجب أن يكون هذا الماء نقياً فى حدود معقولة وإلا أصيب الإنسان عن طريقه بكثير من الأضرار، وتعرض لكثير من الأمراض المعروفة مثل الكوليرا، والدوسنتاريا وغيرهما من الأمراض التى تقضى على حياة الإنسان.

والماء مذيب لكثير من المواد، فهو يذيب كل شئ على وجه التقريب، وإن كان ذلك يحدث بنسب متفاوتة، وحتى الأشياء التى لاتذوب فيه تكون معه فى أغلب الأحيان معلقات غروانية تشبه المحاليل إلى حد كبير.

وتحتوى مياه البحار والمحيطات على كثير من الأملاح والمركبات الكيمائية الذائبة فيها، كما تحتوى هذه المياه على نسب متفاوتة من أغلب المعادن والفلزات التى نعرفها بما فيها الذهب والفضة وغيرهما.

وعندما تتعرض مياه البحار والمحيطات لحرارة الشمس يتبخر منها، ويتصاعد فى الجو على هيئة بخار لايرى، وعندما يبرد هذا البخار فى طبقات الجو العليا يظهر لنا على هيئة سحاب، وتشبه هذه العملية عملية التقطير التى تجرى فى المعامل، وعندما يتبخر الماء يتصاعد بخاره على هيئته النقية لأنه يترك وراءه كل ما كان ذائباً فيه من أملاح ومركبات.

وعندما تصعد هذه السحب إلى الأجواء الباردة فى طبقات الجو العليا يتكثف ما بها من بخار، تحت بعض الظروف الخاصة، ويتحول إلى قطرات من الماء ويتساقط على هيئة أمطار فوق الهضاب وعلى سفوح الجبال، ثم تتجمع هذه المياه على هيئة بحيرات مقفلة تملأ المنخفضات والوديان، وتمر فى الوديان حتى تصب مرة أخرى فى مياه البحار والمحيطات.

وتعتبر مياه الأمطار من أنقى صور المياه الطبيعية، ومع ذلك لايمكننا أن نقول أن هذه المياه نقية تماماً، وذلك لأن مياه الأمطار قد تذيب أثناء سقوطها بعض الغازات الموجودة وتحملها معها إلى سطح الأرض.

وقد تتلوث مياه الأمطار بشكل واضح فوق المناطق الصناعية، مناطق التجمع السكانى الكثيفة بسبب تلوث هواء هذه المناطق بدخان المصانع وبعادم السيارات، وتعرف مثل هذه الأمطار بالأمطار الحمضية، وعند سقوط مياه الأمطار على سطح الأرض تبدأ هذه المياه فى إذابة كثير من المواد سهلة الذوبان الموجودة فى التربة مثل الأملاح المعدنية وما قد يكون بالتربة من مبيدات أو مخصبات زراعية، كما أنها تجرف فى طريقها كثير من الشوائب، وتحمل معها كل ذلك لتلقى به فى المجارى المائية مثل الأنهار والبحيرات.

ويتضح من ذلك ضرورة الإهتمام بالمكان الذى تؤخذ منه مياه الشرب للاستعمال الآدمى، فيجب أن يكون ذلك من مكان يخلو من الشوائب والمواد العالقة، ولايحتوى على مواد ذائبة، وبعيداً عن مصادر التلوث.

ومن الملاحظ أن معظم المدن والتجمعات السكنية فى أغلب دول العالم تقع على شواطئ، الأنهار والبحيرات، وتؤخذ مياه الشرب للإستعمال الآدمى من هذه المجارى المائية، ؛ولهذا تجب المحافظة على نظافة المصادر المائية.

ولم تكن فكرة تلوث المياه، أو تلوث البيئة بشكل عام تشغل الأذهان فيما مضى، وكان أغلب المدن فى العصور الوسطى، وخاصة فى أوروبا تلقى مخلفاتها وفضلاتها، بما فيها الفضلات الآدمية فى المجارى المائية المجاورة لها، والتى كانت تأخذ منها مياه الشرب والغسيل وتستخدمها فى مختلف الأغراض.

ولم يذكر أحد فى ذلك الزمان أن جزءاً من هذه المخلفات والفضلات يعود إليه مرة أخرى عن طريق مياه الشرب أو الغسيل، كما لم يدرك أحد فى ذلك الحين مدى الأضرار التى يمكن أن تحدث لصحة الإنسان من جراء هذا التصرف الذى قد يؤدى إلى إنتشار الأمراض والأوبئة.

فقد حدث فى بعض المدن الأوربية ومنها مدينة لندن التى تقع على شاطئ نهر التيمس، فقد درجت المدينة على إلقاء كل مخلفاتها بما فيها مياه الصرف التى تحتوى على الفضلات الآدمية فى هذا النهر، وبمرور الوقت تحول النهر إلى كتلة من القذارة، وأصبحت مياهه شديدة التلوث، وقد أدى إلى ذلك إلى إنتشار مرض الكوليرا عامى ١٨٤٩ ، ١٨٥٣ ، وقد بلغ عدد الوفيات وقتها إلى ٢٠ ألف شخص، وإنتشر التيفود فى بعض المدن الأمريكية لتلوث مياه الشرب.

ورغم المشكلات الناجمة عن تلوث المياه إلا أنها لم تحظى بإهتمام حتى نهاية الستينات فلم يكن أحد يلقى إهتماماً كبيراً لموضوع التلوث، فقد كان سائد نوع من الإعتقاد الخاطئ والخطير بأن الأنهار والبحار والبحيرات والمحيطات هى أنسب مكان لإلقاء مخلفات المهن والمخلفات الصناعية وأى فضلات أخرى يراد التخلص منها.

ولايقتصر تلوث المياه على الأنهار والبحيرات فقط، بل أمتد هذا التلوث اليوم إلى مياه البحار والمحيطات، رغم إتساع رقعتها، خصوصاً حول المناطق الصناعية المقامة على شواطئ البحار، وكذلك حول الموانئ الكبيرة التى تتكدس بها مختلف أنواع السفن والناقلات التى تدخل إليها وتخرج منها كل يوم، ولايوجد هناك انفصال حقيقى بين كل من تلوث الهواء وتلوث الماء، وذلك لأن الهواء الملوث يؤثر كثيراً فى المساحات المكشوفة من الماء، ويلوثها بما يحمله من شوائب وأبخرة وغازات.

وقد تسبب النشاط الصناعى للإنسان خلال القرن الماضى والقرن الحالى فى إطلاق كثير من الشوائب وبخاصة بعض الفلزات السامة مثل الزئبق، الرصاص، والكادميوم، وتنتشر هذه الشوائب فى الهواء على هيئة إيروسول تحمله الرياح إلى كل مكان ويذوب جزء منه فى مياه البحار.

وبجانب المصادر السابقة للتلوث ؛فإن الغاز المتصاعد من التجارب النووية ينتشر فى الهواء فى كل مكان ثم يتساقط بما فيه من مواد مشعة على سطح البحار والمحيطات، ويؤثر بذلك فى كيمياء هذه المياه، وفى الأنشطة البيولوجية التى تدور فيها سواء فى المياه السطحية أو فى المياه العميقة(٣).

أما عن تلوث المياه الجوفية فله علاقة بحركة التصنيع وما يلقى من ملوثات فى مياه الشرب كالرصاص، وأحماض الكبريتيك، وحامض الهيدروفلوريك، والفينول والأثير، والأمونيا، كما يؤدى زيادة استخدام

المبيدات الحشرية والفضلات فى المياه والنتيجة أن التلوث لاينتشر فقط فى الأنهار والقنوات والبحيرات بل سيمتد إلى المياه الجوفية.

ويعتبر تلوث المياه الجوفية أمر على جانب كبير من الخطورة لصعوبة إجراء أى عمليات خاصة بتنقية هذه المياه، وعندما ينتشر التلوث يكثر التعرض لإنتشار الأمراض المعدية خاصة أمراض إلتهابات الكبد والدوسنتاريا والتسمم الناتج عن بعض الكيماويات غريبة التركيب.

ويمكن حصر مصادر التلوث البحرى فيما يلى:

١- التلوث بتأثير المدن الساحلية وما يتخلف عنها من نفايات صناعية أو مياه الصرف المنزلى أو المياه الحارة بسبب تبريد أدوات إدارة المصانع ومحطات توليد القوى المقامة على السواحل، أو عمليات تموين السفن خاصة فى المدن والموانئ.

٢- التلوث بفعل الطمى بالقرب من مصبات الأنهار.

٣- التلوث بفعل الحوادث الناجمة من غرق ناقلات النفط أو التسرب منها.

٤- التلوث الناتج من إنفجار بعض آبار النفط فى قيعان البحار والمحيطات.

٥- التلوث الناتج عن طريق دفن النفايات الذرية أو التجارب النووية فى المحيطات.

٦- التلوث عن طريق قنوات الصرف الزراعى بما تحمله من مبيدات حشرية أو مبيدات للأعشاب والحشائش.

٧- التلوث بعادم السفن التى تجوب البحار والمحيطات خاصة السفن العملاقة الآخذة فى الإنتشار.

وسنقوم بعرض لنموذج التلوث البيئى وخاصة التلوث عن طريق الإسراف فى استخدام المبيدات الحشرية فقد أدى ذلك فى مجتمعنا المصرى إلى إنقراض بعض الطيور صديقة الفلاح التى كانت تتغذى على بعض الحشرات الضارة.

كما حدث فى المجتمع المصرى عام ١٩٧١ من تسمم ما يقرب من ١٥٠٠ مليون حيوان من ماشية التسمين وذلك لاستخدام تركيبات عالية التركيز لمقاومة دودة القطن وتلوث الماء والخضروات.

كما حدث هذا التلوث أيضاً فى مصر عام ١٩٦٨ وتفوق ما يقرب من ٤٨٣ من الماشية والأبقار بسبب التلوث الناتج من المبيدات المستخدمة لمقاومة دودة القطن .

كما يتأثر الإنسان بهذه المبيدات، فالعمال الذين يعملون بمصانع هذه المبيدات يتأثرون بها بطريقة مباشرة، إما عن طريق الملامسة وإما عن طريق إستنتشاق أبخرة هذه المبيدات، كما يتعرض لهذا الخطر العمال الذين يقومون برش هذه المبيدات فى الحقول، كما يتعرض لها أيضاً سكان القرى المجاورة لهذه الحقول.

والأمثلة كثيرة ومتعددة على ذلك ففى قارة آسيا وخاصة فى الهند بلغت حالات التسمم بالمبيدات الحشرية حوالى ١٠٠ حالة عام ١٩٥٨، وحوالى ١٥٠٠ حالة فى سوريا فى أوائل الستينات ٣٣٦ حالة فى اليابان.

ويتأثر الإنسان بهذه المبيدات بطريقة غير مباشرة، فهو يتغذى على النباتات والخضروات والحيوانات ومنتجاتها، ويصل إليه عن طريق الغذاء كل ما يختزن من المبيدات فى أنسجة هذه النباتات والحيوانات، وكل ما يلوث منتجاتها مثل البيض واللبن والزبد ... إلخ.

ثالثاً: التلوث النووى:

يعتبر التلوث النووى هو أحد الأخطار الجديدة التى يتعرض لها الإنسان فى النصف الثانى من هذا القرن، والتى أصبحت تهدد جميع عناصر البيئة وتهدد حياة الإنسان، وقد عرف الإنسان الآثار المدمرة للإشعاعات النووية فى أعقاب إلقاء القنبلة الذرية على هيروشيما فى ٦ أغسطس عام ١٩٤٥، ثم قنبلة ذرية أخرى على نجازاكى فى ٩ أغسطس من نفس العام، وأدت هذه التفجيرات النووية إلى وفاة عدد كبير جداً من الأفراد يزيد عن ١٠٠,٠٠٠ فرد، كما أصيب عدد كبير من سكان هاتين المدينيتين بالحروق وغيرهما من الاصابات، وتوفى بعد ذلك المئات من اثار إصابتهم بالإشعاعات.

وتختلف آثار الإشعاع النووى الموجود فى الهواء الذى يجب ألا يتعرض الإنسان لحد أعلى منه هو نحو ٥ ريم فى اليوم والريم Rem وحدة تستعمل لقياس الإشعاع الممتص، ويجب عدم الإستهانة بالإشعاعات النووية الضعيفة مهما قلت شدة هذه الإشعاعات، فاستمرار التعرض لها قد يؤدى على المدى الطويل إلى الإضرار بصحة الإنسان.

وقد جاء فى إحصائية قامت بها اللجنة الدولية للحماية من الإشعاع أن إحتمال الإصابة بالسرطان نتيجة التعرض المستمر لجرعات ضعيفة من الإشعاع يظل قائماً حتى عندما تكون جرعة الإشعاع الممتصة لاتزيد قوته عن «ريم واحد» فلو أن لدينا ٨٠,٠٠٠ شخصاً تعرضوا لإشعاع ضعيف لاتزيد قوته عن «ريم واحد» فإن إحتمال الإصابة بالسرطان بينهم ستكون إصابة عشرة أفراد.

ويتعرض الإنسان إلى كثير من مصادر الإشعاع فى حياته اليومية، فقد يتعرض لبعض الإشعاع فى عيادة طبيب الأسنان، أو فى عيادات الطبيب البشرى أو أثناء عمل بعض الإشعاعات السينية فى التشخيص أو فى العلاج.

كذلك يتعرض الإنسان ليلاً ونهاراً للأشعة الكونية الآتية من أغوار الفضاء كما يتعرض للإشعاعات بعض العاملين فى المفاعلات النووية وفى صناعة النظائر المشعة، أو فى صناعة الساعات المضيئة وبعض الأجهزة المماثلة لها، وكذلك العاملين فى بعض المناجم التى تستخرج منها خامات بعض العناصر المشعة مثل الراديوم واليورانيوم.

وسنقوم بعرض مختصر لأهم مصادر التلوث النووى وذلك على النحو التالى:

١ - التجارب النووية:

تقوم الدول الكبيرة بإجراء التجارب النووية بهدف تطوير أسلحتها الذرية وزيادة قدرتها التدميرية إلى أقصى الحدود، وقد أدى ذلك إلى إنتشار كميات كبيرة من الغبار المشع المحمل بنواتج الإنشطار فى أجواء المناطق التى تجرى فيها هذه التجارب، كما حملت الرياح بعض هذا الغبار المشع ليتساقط فوق الكثير من الأماكن المحيطة بمنطقة التجارب.

ويزداد خطر التلوث بالإشعاعات النووية عند إجراء هذه التجارب أوالتفجيرات فوق سطح الأرض لأن ذلك يتسبب فى حمل كميات كبيرة من الغبار المشع إلى طبقات الجو العليا ومنها تنتشر إلى مناطق بعيدة جداً عن موقع الإنفجار، ويتصف أغلب النظائر المشعة بأنها نشاطها الإشعاعى يستمر طويلاً، وتقاس مدة هذا النشاط بما يسمى «عمر النصف» كلما زادت مدة عمر النصف زاد الزمن الذى يستمر فيه النشاط الإشعاعى للنظير، فإذا كان لدينا مثلاً جرام واحد من عنصر مشع، وكان عمر النصف لهذا العنصر ١٠٠٠ سنة، فإن الجرام من هذا العنصر يحتاج إلى ١٠٠٠ سنة كى يتحول إلى النصف، وإلى ١٠٠٠ سنة أخرى كى يتحول إلى ربع جرام وهكذا.

ومن أمثلة ذلك أن عمر النصف للكربون ١٤٠ نحو ٥٧٣٠ عاماً، ويبلغ نحو ١,٣ بليون سنة للبوتاسيوم ٤٠٠، ويصل نحو ٥٠ بليون سنة بالنسبة لعنصر «الروبيديوم - ٨٧ المشع».

وقد أوضحت الدراسات التي أجريت على سكان جزر مارشال، بعد تفجير القنبلة الهيدروجينية في بكيتي عام ١٩٥٤ أن كثير من سكان هذه الجزر قد أصيبوا بأورام في الغدة الدرقية نتيجة تعرضهم للنظير المشع اليود - ١٣١، بعد أن إمتصته أجسامهم وتركز في غددهم الدرقية، ولم تظهر آثاره المدمرة إلا بعد عدة سنوات.

ولاتعتبر التفجيرات النووية التي تجرى تحت سطح الأرض شيئاً آمناً فهناك دائماً إحتمال تسرب بعض الإشعاعات النووية إلى المياه الجوفية، وقد تحملها معها هذه المياه إلى الأنهار والبحيرات وتسبب تلوثها بالإشعاع.

٢- محطات القوى النووية:

يزداد إستهلاك الطاقة هذه الأيام على مستوى العالم، وتبدو هذه الزيادة بشكل أكثر وضوحاً في قطاع الكهرباء، ولذلك فقد إشتدت الحاجة في كثير من الدول، سواء منها الدول الصناعية أو الدول النامية، إلى إقامة محطات كبيرة لتوليد الكهرباء حتى تستطيع مجابهة احتياجاتها من الطاقة الكهربائية.

ولقد استقر الرأى في كثير من الدول على إقامة محطات لتوليد الكهرباء وتعمل بالطاقة النووية بدلاً من المحطات الحرارية التي تعمل بالوقود المعتاد مثل الفحم والبترول والغاز الطبيعي، ولقد إنقسم الناس إلى مؤيدين ومعارضين فيما يتعلق بإقامة هذه المحطات.

يضاف إلى ذلك أن المحطات الحرارية تؤدى إلى تلوث الهواء عند

إحراقها للوقود، ويطلق فى الهواء كميات ضخمة من غاز ثانى أكسيد الكربون، وكذلك غاز ثانى أكسيد الكبريت، وتشترك بذلك فى تكوين الأمطار الحمضية، كما أن هناك .توقعات بنضوب أغلب الوقود التقليدى خلال عشرات السنين القادمة.

٣- حوادث المفاعلات:

تعتبر الحوادث التى قد تقع للمفاعلات النووية من أهم عناصر التلوث النووى فى النصف الثانى من هذا القرن، وتعتمد شدة التلوث على نوع الحادث وعلى الطريقة التى تنتشر بها السحابة المشعة، وعلى إزدحام المنطقة المحيطة بالمفاعل.

ولايتم الإعلان عن حوادث المفاعلات فى بعض الحالات وذلك حرصاً على عدم إزعاج الجماهير، وتجنباً لإثارة الرأى العام ضد محطات القوى النووية ومن أمثلة تلك الحوادث:

أ- حادث المفاعل النووى فى نهاية عام ١٩٨٥ بألمانيا الغربية.

ب- حادث المفاعل النووى البريطانى عام ١٩٥٧.

حـ- حادث المفاعل النووى بالولايات المتحدة الأمريكية.

د- حادث المفاعل النووى بالإتحاد السوفيتى (تشرنوبل) عام ١٩٨٦.

وغير ذلك من حوادث المفاعلات التى تم إحتوائها وعدم الإعلان عنها خشية خوف السكان أو التأثير على صادرات تلك البلاد.

وكان من نتائج تلك الحوادث تسرب الإشعاعات على المناطق المحيطة، وإنطلاق سحابة من الإشعاعات، والقيام بترحيل السكان المقيمين بالمناطق

القريبة من هذه المفاعلات، وتلوث المحاصيل، وإمتنع الناس فى أوربا عن تناول كثير من الأطعمة والخضروات ومنتجات الألبان.

ومن المؤسف أن بعض الدول الأوربية قامت بالتخلص من بعض الأطعمة الملوثة بالإشعاع بإرسالها إلى بعض الدول فى آسيا وأفريقيا، وهذا عمل لايتسم بالأمانة أو الإنسانية، ومما لاشك فيه أن هذا التلوث يؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على الحياة الإنسانية وعلى ظهور الأمراض الخطيرة التى لاشفاء منها.

٤- النفايات النووية:

بدأت مشكلة النفايات النووية منذ عام ١٩٤٤ مع أول إنتاج للبلوتونيوم فى ولاية واشنطن بالولايات المتحدة، ولايعرف على وجه التحديد كمية المخلفات النووية الناتجة من مختلف الأنشطة العسكرية، فهذه الأنشطة سرية بطبيعتها ولاشك أن الدول الكبرى التى تضع مئات من القنابل النووية التكنيكية والاستراتيجية لديها فائض كبير من هذه النفايات المشعة يكفى لإحداث تلوث واضح فى مياه كل البحار والمحيطات.

وتقع خطورة هذه المخلفات المشعة، سواء منها الناتج من الأغراض العسكرية، أو محطات القوى النووية، فى أثرها المباشر فى جميع عناصر البيئة المحيطة بها، فلا يمكن تركها مكشوفة فى العراء، كما أن دفنها فى باطن الأرض قد يؤدى بعد فترة إلى تلوث المياه الجوفية وغير ذلك من الأضرار.

وقد حاولت بعض الدول الغربية استخدام الصحراء الكبرى فى شمال أفريقيا لدفن مخلفاتها المشعة، ولكن الدول المحيطة بهذه الصحراء، ومنها جمهورية مصر العربية، اعترضت بشدة على ذلك خوفاً من تلوث المنطقة بالإشعاعات النووية وخوفاً من وصول بعض هذه المواد المشعة إلى المياه

الجوفية التى تقع تحت أراضى كل من مصر وليبيا، وتم القضاء على هذه الفكرة فى مهدها[٥].

٥- التلوث الحرارى:

تنشأ ظاهرة التلوث الحرارى عند وجود فرق ملحوظ فى درجة حرارة المياه بين منطقة وأخرى، أو بين عمق وآخر فى أحد المجارى المائية.

وتنتشر ظاهرة التلوث الحرارى بجوار محطات القوى، وبصفة خاصة بجوار المحطات النووية المستخدمة فى توليد الكهرباء، وذلك لأن هذه المحطات تحتاج إلى كميات كبيرة من الماء لتبريد مفاعلاتها، ولهذا السبب يقام أغلب هذه المحطات بجوار الأنهار، أو على شواطئ البحيرات أو البحار.

وعند استخدام المياه فى التبريد ترتفع درجة حرارة هذه المياه نتيجة التبادل الحرارى بينها وبين الأجزاء الساخنة فى قلب المفاعل النووى، وتصبح درجة حرارة هذه المياه أعلى من درجة حرارة بقية مياه المجرى المائى.

وعندما تكرر هذه العملية يوماً بعد يوم فإن جزءاً كبيراً من مياه المجرى المائى ترتفع درجة حرارته عن الحد الطبيعى، وقد ترتفع درجة حرارة المجرى المائى بأكمله إذا كان على هيئة بحيرة مقفلة.

ونظراً لأن كثيراً من الأحياء المائية لاتستطيع التكيف بسهولة مع مثل هذه التغيرات الحرارية فإن مثل هذه التغيرات الحرارية، والتى تمثل فروقاً طفيفة فى درجات الحرارة قد لاتزيد على درجتين أو ثلاث درجات مئوية، قد تتسبب فى الإخلال بالنظام البيئى المتوازن، وقد تؤدى إلى هجر الأسماك من هذا المجرى المائى، وقتل بعض الأحياء المائية الأخرى التى تعيش فى هذه المياه.

وقد فطن كثير من الدول إلى خطورة هذا التلوث الحرارى على حياة مختلف الكائنات الحية البحرية، فاستندت بعض التشريعات التى تحدد درجة حرارة مياه الصرف الساخنة قبل إلقاءها فى المجارى المائية وألزمت بها المصانع ومحطات القوى، ولهذا نجد أن أغلب هده الوحدات الصناعية بها أبراج تبريد ضخمة تستخدمها فى خفض درجة حرارة المياه، كما أن بعض محطات القوى قد أنشأت بحيرات صناعية خاصة بها تستعملها فى دورة مياه التبريد.

رابعاً: التلوث الضوضائى:

الضوضاء عنصر له أهميته فى قطاع تلوث البيئة، وهو يكون منتشراً فى كل مكان، ولكنه يتركز بصفة خاصة فى المناطق الصناعية، وفى مناطق التجمعات السكنية التى تزدحم فيها المبانى وتكتظ بالسكان.

وتقاس شدة الضوضاء بوحدة خاصة تعرف باسم «دسيبل» Decible ويبدأ هذا المقياس من الصفر حيث تكون الأصوات شديدة الخطورة إلى ١٢٠، حيث تكونالأصوات مسببةللألم.

وتتعدد مصادر الضجيج الذى تعانى منه فى المدن الكبيرة وأحد الأسباب الرئيسية لهذا الضجيج هو الأصوات الصادرة عن عشرات الآلاف من السيارات ووسائل النقل الأخرى التى تجرى فى طرقات هذه المدن، والتى لاتنقطع ليلاً ولانهاراً، ويضاف إلى هذا الضجيج نهاراً كثير من أنواع الضوضاء الأخرى مثل الأصوات الصادرة من آلات الحفر، وبعض الآلات الأخرى المستخدمة فى أعمال البناء والتشييد، وكذلك الضوضاء الصادرة عن مختلف المحال التجارية، والمحال الصناعية الصغيرة مثل ورش النجارة، والمسابك، ومحال إصلاح السيارات وأجهزة التسجيل، ومكبرات الصوت فى المحال التجارية.

ومن المؤسف أن هذه الضوضاء قد إمتدت إلى المناطق الريفية خصوصاً التى بها بعض مصانع الأعلاف والنجارة المجاورة للطرق السريعة والسكك الحديدية.

وعلى الرغم من أن هذه الضوضاء تتسبب في إثارة أعصاب كثير من الناس وتصيب كثيرين من سكان المدن الكبرى بالإرهاق، إلا أن أغلب الناس لايدركون تماماً الأضرار الناتجة من إستمرار تعرضهم لهذه الضوضاء والأصوات العالية، وهم قد يخافون على صحتهم من تلوث الماء، وقد يحسون بتلوث الهواء، ولكنهم لايلقون بالاً إلى الضجيج والضوضاء اللذين يحيطان بهم.

وتختلف الضوضاء عن غيرها من عوامل تلوث البيئة من عدة نواح أهمها:

١- إن الضوضاء متعددة المصادر، وتوجد فى كل مكان، ولايسهل السيطرة عليها كما فى حالة العوامل الأخرى التى تلوث الماء والهواء، ففى هذه الحالات الأخيرة إذا كان التلوث ناتجاً من مخلفات أحد المصانع أغلقنا هذا المصنع، أو أزلنا عوامل التلوث الناتجة منه، وينتهى الأمر عند هذا الحد، أما فى حالة الضوضاء فهى توجد فى كل مكان سواء فى المنزل أو المدرسة، أو فى الشارع وتصل إلينا فى المكاتب وفى حجرات النوم دون أن نعرف مصدرها الحقيقى على وجه الثقة.

٢- يتضح أثر الضوضاء عن غيرها من عوامل التلوث فى أنها محلية إلى حد كبير، بمعنى أننا لانحس بها إلا بجوار مصدرها فقط، ولاتنتشر آثارها أو ينتقل مفعولها من مكان لآخر كما فى حالة تلوث الهواء أو الماء.

٣- يزول أثر الضوضاء بمجرد تركها أو توقفها، أى أنها لاتترك خلفها أثراً واضحاً على البيئة.

وتعتبر الضوضاء الصادرة من آلات المصانع أثناء تشغيلها من أشد أنواع الضوضاء التى قد يتعرض لها الإنسان، وقد تتأثر حاسة السمع لدى كثير من العمال والمهنيين فى هذه المصانع.

ويمكن خفض حدة الضوضاء الصادرة عن أغلب الآلات بطرائق متعددة، وذلك إما بالتحكم فى آلالة نفسها، وذلك بتعديل طريقة عملها، أو بإضافة بعض الأجزاء الجديدة لها التى قد تمتص بعض الضجيج الصادر عنها، وإما بالتحكم فى طبيعة الوسط الذى يفصل هذه الآلات عن آذان العمال المحيطين بها.

علاقة التلوث الضوضائى على الصحة العامة:

أثبتت الدراسات التى أجريت على نتائج تعرض الإنسان للضوضاء إلى وجود إضطرابات نفسية وعصبية، وفى أحد الدراسات التى أجريت فى فرنسا حديثاً أن ٧٠٪ ممن يعانون من إضطرابات نفسية وعصبية يسكنون فى مناطق تعلو فيها درجة الضوضاء.

وأوضحت الأبحاث العلمية أن هناك علاقة بين الإجهاد الناجم عن شدة الصوت والإضطرابات القلبية، وأن رد فعل التعرض المستمر للصوت الشديد يؤدى إلى تضييق الشرايين وعدم إنتظام دقات القلب، وتؤثر الضوضاء فى الإنسان بطريقتين، الأولي بالصمم نتيجة للتلف الذى يحدث للخلايا الشعورية الجهرية التى تنقل الصوت من الأذن إلى المخ، وقد يتسبب إنفجار مفاجئ لآلاف من الخلايا لدرجة التدمير الكامل فلايمكن علاجها، والثانية لضعف السمع المزمن نتيجة لتزايد الضوضاء العامة المصاحبة لسكان المدن.

ولقد أصبح تلف الأذن بتأثير الأصوات العالية فى الولايات المتحدة، والأذن عبارة عن جهاز حساس للغاية، ونتيجة لتضاعف الصوت مرة كل عشر سنوات فى هذه الدولة، فالأمل ضعيف فى أن يحتفظ الملايين من العمال بسمعهم سليماً كلياً أو جزئياً، ويتسبب تلف إحداهن فى فقدان السمع نهائياً.

كما يقوم العلماء حالياً بدراسة تأثير الصوت على الأجنة فى بطون أمهاتهم فى إنجلترا والولايات المتحدة الأمريكية أن الجنين يتأثر نتيجة لضغط الصوت المرتفع على الأوعية الدموية، بجانب أعراض ضغط الدم والدوار والهلوسة والبارانويا، وتعتبر الضوضاء أحد أسباب أمراض القلب والأمراض العقلية.

إن التأثير الضوضائى على حياة الإنسان يفوق حد الإدراك ويجب الإهتمام بالبرامج التى تعمل على تخفيض الصوت مستقبلاً، وأن النداء من أجل حياة أكثر هدوءاً يجب أن يحترم منا لكى نساعد الآلاف من الهيئات التى تعمل على تحقيق ذلك.

ومن خلال هذا العرض الموجز لآثار وعلاقة تلوث البيئة بالإنسان وما يصيبه من أمراض عديدة تهدده وتهدد مستقبل البشرية، والتى تحتاج إلى تضافر كافة المجتمعات الإنسانية لمواجهة ومحاربة هذا التلوث بكل صورة وأشكاله حرصاً على صحة الإنسان وآدميته.

خاتمـــــة

يتضح من هذا الفصل العلاقة الوطيدة بين التلوث البيئى وعلاقته بالصحة العامة وإنتشار الأمراض بين أفراد المجتمع المحلى والعالمى، وذلك لما تجلبه الملوثات بكل أنواعها لكثير من الأمراض والأوبئة.

ولقد أوضحنا أن أنواع الملوثات كثيرة ومتعددة منها التلوث النووى وما يتركه فى طبقات الجو من إشعاع يؤثر بشكل مباشر على شكل الحياة، بجانب تلوث الزراعة وجدب الأرض، بجانب تأثيره المباشر على صحة الإنسان، والتلوث الضوضائى وإنتشار الأصوات فى المدن والقرى والمصانع وما تتركه من أثر على الجهاز السمعى للإنسان، بجانب ما يتعرض له الإنسان من توترات نفسية وعصبية تأثر على القلب والحالة المزاجية للأفراد.

كما أوضحنا أثر تلوث المياه للأنهار والمحيطات والبحار وما يترتب عليها من تلوث للكائنات الحية ونفوقها، وتلوث مياه الأنهار وتأثيره على صحة الإنسان بشكل مباشر كإصابته بالتسمم نتيجة تلوث المياه بالمبيدات الحشرية والقمامة وتسبب فى كثير من الأمراض الطفيلية، بجانب تأثره غير المباشر من جراء تلوث الزراعة والخضار الذى يستعمله ويتغذى عليه.

وبشكل عام نستطيع القول أن التلوث البيئى بكل صوره وأشكاله له تأثير مباشراً على الصحة العامة، ويجب تعاون المجتمع العالمى للحد من إنتشار هذا التلوث الذى يقضى على البيئة وعلى الإنسان الذى به تعمر الأرض وتتقدم المجتمعات.

مراجع الفصل السابع

١ - أحمد مدحت إسلام، «التلوث مشكلة العصر»، عالم المعرفة، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ١٩٩٠، ص ١٧٩.

٢- محمد عبد الرحمن الشرنوبى، «الإنسان والبيئة»، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨١، ص ١٨٦ - ١٨٧.

٣- أحمد مدحت إسلام، المرجع السابق، ص ٩٩ - ١٠٥.

٤- محمد عبد الرحمن الشرنوبى، المرجع السابق، ص ٢١٤ - ٢١٥.

٥- أحمد مدحت إسلام، المرجع السابق، ص ١٧٩ - ١٩٢.

وحول التلوث البيئى وعلاقته بالإنسان انظر كل من:

- المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، الإنسان والبيئة والتنمية، الخرطوم ١٩٨٢.

- ـــــــــــــــــــــــــ، الإنسان والبيئة، القاهرة، ١٩٧٨.

- محمود سامى عبد السلام، «الإنسان والبيئة والتنمية» أعمال الحلقة الدراسية عن ظروف البيئة وعلاقتها بخطط التنمية فى الدول العربية، القاهرة، الفترة من ٥ - ١٢ فبراير، ١٩٧٢.

- المجمع المصرى للثقافة العلمية، الكتاب السنوى الثانى والأربعون، ١٩٧٢.

- ـــــــــــــــــــــــــ، الكتاب السنوى الثالث والأربعون، ١٩٧٣.

الفصل الثامن

الخدمة الاجتماعية الطبية

فى ميدان الدرن والجذام

الخدمة الاجتماعية ومرضى الدرن

يعتبر مرض الدرن Trberculosis من أكثر الأمراض الحادة المزمنة بخلاف الأمراض الأخرى فهو معدى ويصيب الأفراد فى جميع الأعمار، ولكن الإكتشافات الحديثة قد أظهرت إن إحتمال الاصابة به أكبر بالنسبة للمسنين، وفى سن ٤٥ سنة فأكثر يعتبر معدل الإصابة بالمرض عند الذكور ثلاث أضعاف ونصف نسبة الإصابة به عند الإناث.

واليوم تتركز الحالات المصابة بالدرن فى المناطق ذات المستوى الإقتصادى المنخفض، وهذا لأن العامل الإجتماعى فى هذه المناطق معرضاً لتفشى المرض.

فالضغوط والتقصير فى النظافة والصحة والفقر وسوء التغذية والتزاحم السكانى كلها تعتبر من العوامل المساعدة على إنتشار الإصابة بهذا المرض [١].

أنواع التدرن:

ولمرض السل (التدرن) أنواع نذكر منها:

أ - التدرن الرئوى: وهو الذى يصيب الرئة ومن أعراضه.

- ظهور سعال جاف، إرتفاع فى درجة الحرارة، عسر هضم، قئ، خمول، ضعف، شعور بالتعب، فقدان للشهية، نقص مضطرد فى الوزن، وخز «شك» فى الصدر، بحه فى الصوت وتهيج فى الحلق، وقد يخرج الإنسان بصاقاً مخاطياً أو مصفر اللون وقد يكون ملوثاً بالدم وقد يحدث نزيف دموى غزير.

ب - **التدرن البريتونى:** وهو يصيب الغشاء المغطى للأمعاء وجدران البطن

من الداخل ومن علاماته أن يظهر على المريض الهزال والاصفرار والضعف... إلخ.

جـ - **تدرن الأمعاء**: ويحدث عنه تقرحاً فى الأمعاء ينجم عنه إسهال شديد وآلام فى البطن وهزال... إلخ.

د - **تدرن العظام**: ومن أهمها تدرن العمود الفقرى وتآكله وكذلك إلتهاب عظام المفاصل مثل الركبة والحرقفة.

هـ - **الخراج البارد**: ويتجمع حول الإصابات السابقة الذكر فى أى جهة من أجزاء الجسم.

و - **أنواع أخرى** منها: تدرن الغدد الليمفاوية، تدرن الجهاز البولى والتناسلى وتدرن المخ... [٢].

وقد يصاب الفرد بالدرن لمدة طويلة دون أن يعلم أو يشعر بأنه مصاب وخلال هذا الوقت تكون أسرته وأصدقاءه والمجتمع من حوله معرضين للعدوى بالميكروب (باسيل الدرن).

ولذا تستخدم الهيئات الصحية عدد من الوسائل للكشف عن الحالات غير الظاهرة على النحو التالى:

أ - فحص المخالطين (Contcats) الذين احتكوا بالمريض للكشف عما إذا كانوا أصيبوا بالعدوى أم لا.

ب - وقد أصبح نظام روتينى إجراء أشعة على الصدر عند الدخول للمستشفيات أو السجون أو المؤسسات الأخرى.

جـ - فحص الأطفال فى العيادات المتخصصة لرعاية الطفل [٣].

هذا ويشمل **العلاج الطبى لمريض الدرن** ناحيتين هامتين يكمل كل

منها الأخرى وهما:

أولاً: العلاج على أساس التغذية الجيدة والراحة الكافية ويقصد بها الراحة العقلية والعاطفية والجسمية وكذلك المناخ الجيد والراحة فى مصحة للعلاج أفضل من الراحة بالمنزل.

ثانياً: العلاج الطبى بالعقاقير، والأساليب العلاجية المختلفة، كالعلاج الجراحى والمنزلى والتأهيلى [٤].

تأهيل الناقهين من الدرن:

إن طريقة تأهيل مريض الدرن لا تختلف عن غيره من ناقص القدرة إلا فى وجوب توفير رعاية طبية وصحية وإشراف طبى كامل فى مراكز التأهيل ووضع برنامج منتظم يكفل إستمرار هذه الرعاية الطبية التى تقترن فى نفس الوقت ببرنامج الرعاية الاجتماعية. كما أنه يختلف فى إختيار أنواع المهن المناسبة التى تعتمد على الآلة وخاصة الآلات الميكانيكية أكثر من إعتمادها على الجهد البدنى.

ولقد بدأت وزارة الصحة بالتعاون مع الجمعية العامة لمكافحة التدرن منذ عهد قريب بدراسة موضوعات التأهيل لمرضى الدرن أخذاً بالإتجاهات الحديثة برعاية هذه الفئة، وقد كانت هناك عدة عوامل أخرى شجعت على الإسراع فى تنفيذ هذه البرامج منها ما لوحظ أن معظم هؤلاء المرضى كانوا يرفضون وقف الإعانات عنهم ويثيرون الشغب إذا أوقفت، وهذا إلى جانب الصعوبة التى كانت تجدها أقسام الخدمة الاجتماعية فى تشغيل هؤلاء الناقهين بالخارج بسبب عجزهم عن الإنتاج الكامل الذى يتطلبه أصحاب الأعمال وكذلك نقص الإمكانيات التى تساعد على تشغيلهم، كما أن أغلبهم قد تعودوا على الإتكالية والكسل أثناء إقامتهم بالمصحات

(المستشفيات الصدرية) لذلك وضعت السياسة الخاصة بالتأهيل لمرضى الدرن.

ويبدأ التأهيل لمريض الدرن عقب دخوله المستشفى للعلاج وهو فى هذه الحالة يكون من بين فئتين:

أ - فئة ينتظر عودة كل منهم إلى عمله الأصلى أو مهنته الأصلية بعد العلاج فلاداعى لتأهيله بالمعنى المفهوم ويكتفى بإدماج المريض فى برامج العلاج بالعمل وشغل أوقات الفراغ فى أعمال يدوية وهوايات مختلفة.

ب - فئة لا ينتظر عودة كل منهم إلى عمله الأصلى أو مهنته الأصلية حيث أنها أصبحت لا تتلاءم مع حالته الصحية الجديدة أو المنتظرة بعد العلاج. فهؤلاء يعد إلى تأهليهم مهنياً وإن كان تأهليهم هنا يحتاج إلى:

١ - إشراف طبى دقيق مستمر.

٢ - معرفة تامة من جانب الأخصائي الاجتماعى بالمشاكل الاجتماعية والنفسية الخاصة بالمريض التى تعترض خطوات التأهيل.

٣ - تحليل دقيق لمقتضيات العمل البدنية وتقدير الطاقة البدنية بصفة مستمرة مع تطور العلاج.

ويخصص لأقسام التأهيل المهنى داخل مستشفيات الأمراض الصدرية ورشاً خاصة تجهز بالآلات والخامات الخاصة بالتدريب ويشترط أن تكون هذه الورش قريبة من عنابر المرضى بقدر الإمكان حتى لا يتكبدون مشقة فى الوصول إليها، وقد تبدأ خطوات التأهيل مع المريض وهو على سريره ويتدرج بعد ذلك حتى يصل إلى الورشة. ويعمل المرضى تحت إشراف مشرفين

مهنيون للصناعات المختلفة التى يوجه إليها المريض وبالكيفية والزمن الذى يصفه الطبيب. وتزداد تقدير الطاقة البدنية والزمن الذى يبذله المريض فى عملية التأهيل بمرور الوقت مع تطور حالته الطبية نحو التحسن إلى أن يحين موعد مبارحته المصحة، وهو فى هذه الحالة يكون أيضاً من بين فئتين:

أ - إما أن يكون قد إستكمل تدريبه المهنى وأجاد المهنة التى تم تأهيله لها فتبدأ مرحلة التشغيل إما بمعرفة الأخصائي الاجتماعى بالمستشفى أو بالمستوصف التابع له المريض أو بتعاونهما معاً على تشغيله.

ب - أو لا يكون قد إستكمل تدريبه المهنى وفى هذه الحالة يحول إلى أحد مراكز التأهيل المهنى الخارجية لإستكمال هذا التدريب وبعد ذلك يتم تشغيله بمعرفة المركز (٥).

الإمتيازات التى تمنح لمريض الدرن:

هناك بعض الإمكانيات أو الإمتيازات التى وفرتها الدولة لمريض الدرن إذا ما قورن بغيره من فئات المرضى الآخرين. وهذه الإمكانيات تهدف كلها لرفع المستوى الإجتماعى والصحى للمريض حتى تمر فترة مرضه ويعود إلى المجتمع مواطناً صالحاً كريماً منتجاً.

١ - يجوز إنتداب المريض الموظف من جهة عمله للعمل بإحدى وحدات الأمراض الصدرية (مصحة - مستوصف) ويكون هذا الإنتداب على صورتين إما داخلياً أى أن المريض الموظف يعمل بالمصحة مع العلاج الداخلى شأنه شأن أى مريض بالمصحة. أو يكون الإنتداب خارجياً أى أن المريض الموظف يعمل بالمصحة أو المستوصف كأى موظف، آخر ساعات محددة يومياً يعود بعدها إلى منزله ولكن يوضع تحت الرعاية الطبية

ويتقاضى الموظف فى الحالتين مرتبه كاملاً ويحدد صورة هذا الإنتداب اللجنة الطبية المحلية (القومسيون الطبى المحلى) بعد إنتهاء آخر إمتداد لأجازته المستحق له بماهية. ويستمر هذا الإنتداب لمدة سنتين وبعد إنتهائها يستنفذ المريض الموظف جميع أجازاته المستحق له بماهية، ويجوز بعد ذلك إنتدابه مرة أخرى لمدة سنتين إذا كانت حالته الصحية تستدعى ذلك (بتقرير القومسيون الطبى) ويكشف عليه دورياً خلال ذلك كل ٦ شهور لمعرفة عما إذا كان يعود لعمله أو يستمر فى الإنتداب.

٢ – تعتمد وزارة الصحة سنوياً فى ميزانيتها مبلغاً يخصص للمساعدات الاجتماعية (الإعانات المالية والعينية) لمرضى الدرن.

٣ – تحرص الدولة على معاونة الجمعيات الخيرية التى تعمل فى ميدان الدرن على تأدية رسالتها وذلك بمساعدتها بالإمكانيات المادية والفنية.

٤ – تعطى بعض الهيئات أولوية خدماتها لمرضى الدرن ومنها مساعدات الضمان الاجتماعى ومعونة الشتاء وحالات التشغيل بمكاتب التخديم لأفراد أسرة المريض وغيرها.

٥ – تقم وزارة الصحة بتعيين الناقهين من مرضى الدرن الذين إستقرت حالتهم الصحية فى بعض وظائفها الخالية بعد إستثنائهم من بعض شروط اللياقة الطبية. كما تعمل كذلك على تعيين زوجات أو أقارب المرضى فى حالة مرض العائل كى يكون بديل له بالأسرة.

٦ – أوجب القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن التأمينات الاجتماعية للعاملين فى القطاع الحكومى وغير الحكومى منح المريض بالدرن تعويضاً يعادل أجره كاملاً طول مدة مرضه إلا أن يشفى أو تستقر حالته إستقراراً يمكنه من العودة إلى مباشرة عمله أو يتبين عجزه عجزاً كاملاً.

٧ - صدور قانون التأمين الإجتماعى الشامل رقم ١٩٧٥/١١٢ والمعدل بالقانون ١٩٨٠/١١٢ إستحقاق الناقهون من مرضى الدرن الذين لا تشملهم أحكام قوانين المعاشات والتأمين الاجتماعى والذين بلغوا سن الخامسة والستين أو ثبت عجزهم الكامل معاشاً شهرياً.

٨ - الإستفادة من نسبة الـ ٥٪ المحددة لتشغيل المعوقين بالقانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ والمعدل بالقانون ٤٩ لسنة ١٩٨٢ بالشركات والمؤسسات [٦].

دور الأخصائى الاجتماعى الطبى مع مرضى الدرن

السل ليس مشكلة طبية فحسب ولكنه يتناول الجهاز التنفسى والكيان العقلى وبيئة المريض المادية والاجتماعية، ولقد قيل - عن حق - إبحث عن المرض فى عقل المريض قبل أن تبحث عنه فى صدره. وبصفة عامة يمكننا أن نلخص دور الخدمة الاجتماعية مع مرضى الدرن فيما يلى:

أولاً: دور الاخصائى الاجتماعى مع المريض وأسرته:

هناك طائفة من المشاكل والظواهر الاجتاعية والنفسية التى يجب أن يراعيها الاخصائى الاجتماعى، والتى تصاحب مرض الدرن أو تحدث نتيجة له، وتضعف من قدرة المريض أو الناقة على التلاؤم الاجتماعى وإستعادة وظائفه الايجابية فى الحياة، أذكر منها ما يلى:

١ - إنقطاع الدخل أو نقصه مع شدة الحاجة إليه نظراً لإرتفاع ميزانية الأسرة بسبب هذا المرض وشراء الأدوية والأغذية الخاصة، ييئس المريض ويثير فيه شتى ألوان القلق والضيق والكرب، وقد يشعر أنه أصبح عبئاً ثقيلاً على ميزانية الأسرة، فيعتريه شعور بالذنب، وينطوى على نفس قلقة مضطربة، وقد تعرقل هذه المشاعر إتمام النقاهة أوسرعة الشفاء.

٢ - تقيد حركة المريض ونشاطه قد يوحى إليه بأنه أصبح عاجزاً هالكاً، وقد تؤثر هذه الأفكار فى نفسه، ويحس بنقص شديد فيزداد عجزه، ويمل الحياة، وممايزيد من تعاسة الناقة أو المريض عدم وجود الفرص الكافية للعمل الخفيف الذى يشير به الأطباء فى بعض الحالات، فتتراكم الهموم على رأس المريض، وقد تدفق عوامل اليأس على حالته إلى الانتحار.

٣ - كثيراً ما يهتز موقف مريض الدرن بأسرته، وتتأثر علاقاته بأصدقائه، فينتابه الكثر من الحزن والأسى.

٤ - وفى هذا المرض المزمن يزداد إعتماد المريض على أهله، فيشعر بأنه يرهقهم ويسبب لهم متاعب لا ضرورة لها، وقد يحس بأنه غير مرغوب فيه، وأن رعايته تتعارض مع خططهم الترفيهية وإستخدام وقتهم بحرية وهذا الإحساس يضايقه ويؤلمه.

٥ - وفى الحالات التى تضطر فيها النساء إلى العمل بسبب مرض العائل يحز هذا فى نفس المريض، وقد يرثى لحاله ويحتقر نفسه ويحس بأنه تسبب فى أوضاع لم يكن يستسيغها من قبل تحت ضغط الحاجة المادية، ولذا فيشعر بشئ من الذلة والنقص ويحتاج إلى الكثير من العون لينظر لعملهن نظرة قبول ورضا.

٦ - وقد تضطر الأسرة لطلب المساعدات المالية لعدم وجود إمكانيات داخلية يمكن إستغلالها كأن تكون الزوجة أم لعدد كبير من الأطفال الصغار، فيشعر المريض بمايصاحب طلب الإعانة المالية من الذل والعار والفشل فى القيام بدوره كعائل للأسرة.

٧ - وإذا نتج عن هذا المرض عاهة أصبح الفرد يعانى مشاكل نفسيه خاصة تدور كلها حول الشعور بالنقص للعجز المتخلف (٧).

٨ - وكثيراً ما تضمحل إرادة الناقة من الدرن من أثر هذا المرض وذلك بسبب ضعف (الذات). ويرى هذا الضعف واضحاً فى عجزه عن مراقبة نفسه وتنفيذ القيود العلاجية، فنجده يعمل ضد التوصيات الطبية فيرهق نفسه بالسهر والتدخين أويتبع أسلوب السكر والعربدة والبلطجة واللامبالاة لاعتقاده أنه فقد الأمل فى الحياة وما عليه إلا أن يمتع نفسه البقية الباقية من حياته بأى طريقة كانت مشروعة أو غير مشروعة. واليأس والشعور بالإضطهاد ورثاء الذات والصمت والحزن والإنخراط فى البكاء ظاهرة شائعة عند مرضى الدرن.

٩ - وهناك مخاوف أخرى تظهر بالإضافة إلى ما سبق ذكره في حالات مرضى الدرن منها :

أ - الخوف من الوحدة التى يتصف بها المريض وإبتعاد الناس عنه، إذ كثيراً ما ينظر المجتمع إلى مريض الدرن نظرة اشمئزاز وخوف من العدوى فيعتزل المريض وهو فى أشد الحاجة إلى من يسليه ويسرى عنه همومه. ولذا يعانى الكثير من قسوة المجتمع والفراغ الذى يحيط به نتيجة للمرض ولاضمحلال علاقاته الاجتماعية.

ب - الخوف من إحتمال الوفاة.

جـ - الخوف من طول مدة العلاج وإحتمال الفصل من العمل.

د - الخوف من إنتقال العدوى إلى غيره من أفراد أسرته.

هـ - الخوف من الضعف الجنسى.

و - الخوف من عدم إخلاص زوجته له وإبتعادها عنه [٨].

وللأخصائي الاجتماعى دور هام فى معاملة مثل هذه المشاكل والألوان السلوكية النفسية. لأنه الشخص المدرك لطبيعتها، والمقدر لآثارها ونتائجها،

ويجب أن يتعامل مع كل لون منها بالطريقة التى تناسبه، فيكون موقفه من بعض أنواع سلوك الضعف، والخوف، والاستسلام والقلق موقف علاج شخص، فيعطى المريض الفرص للتعبير عن مخاوفه وأوهامه ويتبع ذلك بالشرح والتفسير والتبصير بحقيقة الحالة المرضية، على أن يحذر من إثارة إشفاق المريض على نفسه. أو إشعاره بأنه فى موقف حرج يحتاج إلى العطف، فإن هذه المظاهر توهن عزم المريض وتجسم له مرضه وقد تقف فى طريق تقدمه إلى الصحة الكاملة.

أما فى حالات سلوك ضعف الذات، وإيقاع الضرر بالنفس، فيجب أن يوقظ الأخصائى وعى المريض إلى خطورة ما هو منساق إليه، ويقوى فيه الذات لتصبح أداة للبناء فى الاتجاه نحو الصحة لا أداة للهدم ومضاعفة حالته المرضية.

وعلى العموم يكون موقف الأخصائي الاجتماعى من سلوك هؤلاء المرضى موقف متفهم فيه تمييز لبواعثه وآثاره ونتائجه، على أن يعالج الألوان السلوكية النفسية الضارة ويشجع الأنواع الإيجابية المرغوبة كما يتعين على الأخصائي الاجتماعى مساعدة مريض الدرن أو الناقة على إسترداد مكانته الاجتماعية بعدة وسائل تختلف فى حالة عنها فى حالة أخرى فقد يحتاج إلى العمل مع المريض نفسه أو مع أسرته ومع أمكنة العمل ومع المؤسسات والموارد البيئية للمساعدات وغيرها مما يصح أن يكون له أثر إيجابى فى إحداث تلاؤم الناقة أو المريض فى مجتمعه. ويمكننا أن ندرك ما يسعى إليه الاخصائي الاجتماعى من أهداف إذا تأملنا مجهوداته ومسئولياته الآتية:

١ - تعديل البيئة الخارجية لإستقبال المريض. وقد يستدعى ذلك العمل مع أسرة المريض واستثارة حماسها للاشتراك فى بعض الخطط العلاجية. إذ أن العلاج فى بعض الحالات يتطلب اشتراك الأسرة أو الأفراد القادرين

فى بيئة المريض فى مراقبة وتنفيذ التوصيات العلاجية. وقد تنهار الخطة العلاجية وتذهب المجهودات المختلفة أدراج الرياح إذا عجزت الأسرة عن فهم حاجات المريض والعمل على تحقيقها. ومن أمثلة هذه الحاجات الحاجة إلى تغذية خاصة وإلى رعاية طبية دقيقة أو إلى معاملة خالية من الاستثارات الوجدانية أو المواقف الانفعالية العنيفة.

٢ - مساعدة المريض على لون من الحياة لم يعتده من قبل، وذلك فى حالات التدرن التى ينتج عنها ضعف صحى أو عجز جزئى يقتضى تحديداً فى نشاط المريض وهذه الأمور قد تستدعى إنقطاع المريض عن العمل أو إستبدال مهنته بمهنة أخرى أكثر مناسبة لحالته الصحية. وفى هذه الحالات يجب أن يوضح الأخصائي الاجتماعى للمريض الأسباب التى من أجلها ينصح الطبيب بتحديد نوع النشاط الذى يمكنه تأديته وقد يستعين بالطبيب فى هذا التفسير إذ أن الطبيب يمثل السلطة المهنية وثقة المريض فى كلامه تجعله يتقبله بسهولة وإطمئنان.

٣ - وقد يترك هذا المرض عاهة مستديمة فى المريض، وواجب الاخصائى فى هذه الحالات ضرورى وإنسانى، ويجب أن ينصب إهتمامه على ناحيتين أولاهما مساعدة المريض على تقبل عاهته والتسليم بأمرها أما ناحية الإهتمام الثانية فهى بذل العون الكافى لمساعدة المريض على التلاؤم فى حدود ما تبقى له من قدرات.

٤ - ومن نتائج هذا المرض أيضاً قلة ثقة المريض فى قدرته على العمل بالرغم من عدم وجود أساس لذلك، وفى هذه الحالة لابد من موالاته بالتشجيع والتأكيد بإمكانه العودة إلى العمل مع الاستعانة بالطبيب فى الحالات التى يتعذر فيها إقناع المريض بأن العمل لا يتعارض مع حالته الصحية. وقد يكون مصدر قلة الثقة هو صاحب العمل الذى يعمل لديه المريض،

ويجب التغلب على هذه الصعوبة باستخراج تقرير طبى يتضمن إكتمال صحة المريض وقدرته على العودة لاستئناف نشاطه كالمعتاد، وإذا كان للمريض رغبات يرى الطبيب أو الاخصائي أنها ليست فى صالحه. فلابد من تصحيح هذه الرغبات وتفهيم المريض أنه لا يمكنه الاستجابة لهذه الرغبات أو الموافقة عليها. ومن المعروف أن منح كل الرغبات دون تمييز لا يحل الإشكال بل إنه قد يهدم شخصية المريض الذى يستمرئ فرض رعباته بإستمرار حتى وإن أضرت به وبغيره، وعلى العكس من ذلك قد ينتج عن التعديل فى موقف المريض وحثه على النشاط الذاتى انطلاق بعض القدرات الخاصة به التى تجعله أكثر إستعدادا لإزالة ما يعترض طريقه من عقبات. ولا يقصر المريض هذا الإتجاه على الموقف المرضى بل يطبقه على ما يستجد من المواقف الأخرى [٩].

٥ - وقد يحول الأخصائي أسرة المريض إلى إحدى الجمعيات التى ترعى أسر المصدورين أو الحاق الأطفال فى مؤسسات للأطفال أو الحصول على مساعدة اجتماعية من المؤسسات الاجتماعية أو مساعدة تشغيلية من العمل وغير ذلك من الخدمات وذلك لتذليل ما يعترض الأسرة من مشكلات.

٦ - ومن أهم واجبات الاخصائي الاجتماعى كذلك خلال إقامة المريض بمنزله وأثناء فترة النقاهة التأكد من أن المريض يواظب على أخذ الدواء والكشف الدورى، مع العمل على توجيه المريض إلى أهمية تنفيذ تعليمات الطبيب وخاصة فيما يتعلق بتجنب العمل الشاق والتدرج فى الأعمال البسيطة إلى الأعمال الأكثر جهداً مع المواظبة التامة على تناول الغذاء اللازم والصحى ويجتنب السهر والمسكرات والمخدرات وعدم الاسراف الجسمى وما إلى ذلك فى فترة النقاهة. وما بعدها. وعادة ما

تمتد هذه الفترة إلى ثلاث سنوات بعد إتمام شفاء المريض من الإصابة الدرنية كما أن عليه أن ينبه المريض إلى خطورة النكسة التى قد تصيبه بعد الشفاء حيث أن نكسة مرض الدرن يعتبرها الأطباء من أخطر الأمور على صحة المريض وحياته.

٧ - وأخيراً يتعين على الاخصائي الاجتماعى تنظيم النشاط الاجتماعى الثقافى التربوى والفنى والرحلات والحفلات بما يرفه عن المريض ويدعم علاقاته الإنسانية بالآخرين ويشغل وقت فراغه بنشاط هادف مستفيداً فى ذلك بعمليات وأسس الجماعة.

ثانياً: دور الاخصائى الاجتماعى مع المجتمع:

يمكن للخدمة الاجتماعية من خلال طريقة تنظيم المجتمع أن تساهم مع الهيئات الوقائية فى إيقاظ وتنوير الرأى العام بحقيقة مرض الدرن وأسبابه وكيفية التغلب عليه والوقاية منه بما تنظمه من نشرات وملصقات ومناقشات وتوجيهات وحملات إعلامية خاصة فى المناطق الشعبية والريفية والمدارس والمصانع والهيئات والاستعانة بالوسائل السمعية والبصرية. كما تساهم الخدمة الاجتماعية فى رفع مستوى خدمات الأخصائيين والعاملين فى هذا المجال عن طريق التدريب قبل العمل أو أثناء العمل وعقد المؤتمرات المهنية لهم للخروج بالتوصيات عن أنجح وسائل الرعاية ومواجهة الصعوبات القائمة. ويشترك الأخصائيون كذلك فى إجراء البحوث العلمية فى مجال المشكلات الاجتماعية للدرن فى تقويم البرامج الاجتماعية القائمة (١٠).

وسنجعل فيما يلى دور الأخصائي الاجتماعى الطبى فى بعض المؤسسات الطبية التى تتولى علاج الدرن - كما حددته وزارة الصحة بمصر - طبقاً للقرار الوزارى رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠ على النحو التالى (١١):

أ - دور الأخصائي الاجتماعي في مستوصفات الأمراض الصدرية:

١ - إستقبال الحالات الجديدة الإيجابية المحولة من أطباء الوحدة وعمل الأبحاث الاجتماعية الأولية اللازمة بغرض:

أ - تشجيع المرضى على تقبل حالتهم المرضية بإزالة أسباب القلق والخوف وطمأنتهم على مستقبلهم وذلك بشرح مضاعفات المرض ورفع روحهم المعنوية لتقبل العلاج مع تبصير المريض بحالته وأشاعة الأمل في إمكانية شفائه وعودته للحياة الطبيعية.

ب - حل المشاكل الخاصة الذاتية لهم ومساعدتهم على التكيف وتقبل نظم العلاج وأهمية الانتظام فيه وإتباع الإرشادات الطبية.

جـ - الكشف عن الحالات التي تحتاج فعلاً إلى رعاية إجتماعية خاصة وعمل الأبحاث الاجتماعية الشاملة البيئية لها بغرض توجيهها إلى مصادر المساعدات والرعاية الاجتماعية المختلفة أو لعرضها على لجنة الإعانات بالمستوصف لاتخاذ قرار بشأنها

٢ - عرض جميع الحالات التي تم بحثها على لجنة الإعانات بالمستوصف بإعتباره مقرراً للنظر في صرف أو إستمرار أو زيادة أو إيقاف أو عدم أحقية الإعانة للحالة حب التعليمات التي تنظم ذلك.

٣ - الإشراف على عمل كشوف حصر في الإعانات الشهرية حسب ما يتقرر في لجان الإعانات وإعتمادها من مدير المستوصف.

٤ - الإشتراك في لجان توزيع الإعانات النقدية أو العينية والتأكد من إرسال كشوف الصرف بعد الإنتهاء منها خلال الفترة المحددة لذلك إلى الجهات المختصة ومتابعة الحالات التي لا تحضر للمستوصف لصرف هذه الإعانات.

٥ – إجراء الأبحاث الاجتماعية البيئية لمتابعة الحالات المستحقة للمساعدات المالية قبل إنتهاء الشهر المحدد لإنتهاء الصرف.

٦ – متابعة حالات الإعانات بالزيارة المنزلية بصفة دورية لمعرفة تطور ظروفها الاجتماعية والتصرف معها على ضوء ما يسفر عنه البحث الاجتماعى.

٧ – الإتصال بمخالطى المرضى خلال الزيارة البيئية والعمل على حضورهم إلى الوحدة لاتخاذ إجراءات الكشف عليهم.

٨ – وضع خطة التأهيل المهنى للمرضى بالإشتراك مع طبيب المستوصف.

٩ – الإتصال بأصحاب الأعمال ووحدات وزارة العمل أو المؤسسات النقابية لحل المشاكل العمالية للمرضى أو تشغيلهم أو أفراد أسرهم لتنمية دخولهم.

١٠ – وضع صورة من البحث الاجتماعى والتتبع بملف المريض الطبى بحيث تحول معه إلى المستشفى.

١١ – توجيه الحالات المترددة التى تحتاج إلى مساعدات مالية أو عينية إلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية فى البيئة.

ب – دور الأخصائي الاجتماعى فى مستشفيات الأمراض الصدرية:

١ – إستقبال الحالات الجديدة المحولة للعلاج بالمستشفى وعمل المقابلة الأولية اللازمة لكل حالة جديدة يتم قبولها بالمستشفى والاطلاع على البحث (المحول معها من المستوصف مع ملف المريض) وخاصة فيما يتعلق بالخدمات التى أدت للحالة ومتابعة الحالة الاجتماعية بالاشتراك مع أخصائى اجتماعى المستوصف.

٢ - إجراء أبحاث اجتماعية للحالات التى تحتاج إلى رعاية اجتماعية بغرض صرف المساعدات المالية أو العينية للمحتاج منها سواء عن طريق المستشفى أو المستوصف أو الجمعيات الأهلية أو وزارة الشئون الاجتماعية أو الهيئات الأخرى المعنية.

٣ - المرور الدورى على المرضى بالأقسام الداخلية بغرض التعرف عليهم وتنمية العلاقات بينهم وبين الأخصائي الاجتماعى لمساعدة المرضى على التكيف مع النظم المتبعة للعلاج بهدف الانتفاع بها إلى أقصى حد ممكن.

٤ - مقابلة المرضى قبل إجراء العمليات الجراحية التى قد يحتاجها بعضهم وتشجيعهم على قبولها عن طريق ذكر الحالات التى تمت إجراءات العمليات لها بنجاح لإزالة أسباب القلق والخوف.

٥ - تنظيم أقسام التأهيل المهنى داخل المستشفى والإتصال بمؤسسات التأهيل المهنى الخارجية لتحويل المرضى الذين يوصى لهم بذلك إليها.

٦ - الإتصال المباشر بأصحاب الأعمال ووحدات وزارة العمل أو المؤسسات النقابية والجمعيات الخيرية أو غيرها التى تساهم فى الرعاية الاجتماعية للمرضى وأسرهم بهدف معاونة المريض للعودة إلى المجتمع عضواً نافعاً من جديد.

٧ - حصر موارد البيئة للانتفاع بها لصالح المريض إلى أقصى حد ممكن وذلك بالإشتراك مع وحدات الجهاز السياسى بالمنطقة.

٨ - إن إقامة المريض، نظراً لطبيعة المرض، قد تطول، ومنعاً لسأم المرضى أو منعاً من خروج نشاطهم عن غير الطريق السوى فعلى الأخصائي الاجتماعى أن يوفر كافة الوسائل السليمة لشغل أوقات فراغهم وذلك

بتأسيس أندية اجتماعية وتزويدها بكافة الوسائل اللازمة للتسلية من ألعاب داخلية خفيفة وإذاعة وتليفزيون وصحف ومجلات عن طريق مجلس الخدمات بالمستشفى أو اللجنة الاجتماعية المنبثقة من مجلس الإدارة.

الخدمة الاجتماعية ومرضى الجذم

الجذام Leprosy من الأمراض المعدية المزمنة التى تصيب أساساً الجلد والأغشية المخاطية للمسالك التنفسية العليا وبعض الأعصاب الطرفية – وقد انتشر الجذام فى جميع العصور ويوجد حالياً فى جميع أنحاء العالم، ويصل معدل الإصابة فى بعض الدول إلى ١٠ فى الألف من السكان. **والمسبب الأساسى للمرض** هو باسيل الجذام. **ومصدر العدوى** هو الإنسان المريض ويخرج الباسيل مع افرازات الإصابات الجلدية والمخاطية. **وطرق انتقال العدوى** ليست معروفة بالتأكيد وقد تكون عن طريق دخول الباسيل فى الجلد أو الغشاء المخاطى المبطن للجهاز التنفسى العلوى نتيجة الملامسة، **ومن العوامل المساعدة على العدوى** الإزدحام، وكثرة لدغ الحشرات، وكل ما يصيب الجلد ويقلل من مقاومته، والذكور أكثر إستعداداً للمرض من الاناث. **وفترة الحضانة** أقصر مدة معروفة هى ٧ شهور وعادة من ١٢ إلى ٢٤ شهراً، ويكون المريض معدياً طالما يخرج الباسيلات سواء من قروح الجلد أو الأغشية المخاطية، وأقل الأعمار مقاومة هم الرضع وتزيد المقاومة تدريجياً مع زيادة العمر.

ويتميز من الجذام نوعان:

١ – **الجذام الدرنى**: ويتميز بظهور أورام صغيرة على الجلد وخاصة الوجه وقد تنتشر هذه الدرنات وتؤدى إلى تجعد الجلد وتضخمه.

٢ – **الجذام العصبى:** ويتميز بظهور بقع على سطح الجلد أقل تلوناً من الجلد السليم، ويفقد فيها حاسة اللمس والألم مثل غرزة الإبرة أو المادة الساخنة، وقد يؤدى هذا إلى ضمور بعض الأعضاء أو أجزاء منها مثل الأصابع واليدين والقدمين والأنف مما يؤدى إلى التشوه الواضح.

ويتم **العلاج** بأدوية السلفون Sulfone وتستعمل حالياً فى كل مكان فى العالم ويجب أن يستمر العلاج لعدة سنوات، ويتبع هذا علاج التشوهات بالجراحة.

ومن إجراءات الوقاية:

١ – التبليغ عن الحالات للإدارات الصحية.

٢ – عزل الحالات فى المستشفى أو مستعمرة الجذام، يمكن العزل فى المنازل مع الإحتياط الخاص بالنسبة للصغار من المخالطين.

٣ – التطهير للإفرازات والأشياء الملوثة سواء أثناء العلاج فى المنزل أو بعد العزل، ولم تظهر فائدة مؤكدة للتحصين بالـ بى. سى. جى.

٤ – بحث حالات المخالطين وتتبعهم.

٥ – العلاج النوعى للحالات لمدة ٣ سنوات أو أكثر[١٢].

الرعاية الاجتماعية ودور الخدمة الاجتماعية:

تنقسم الرعاية الاجتماعية لمرض الجذام إلى خدمات وقائية وخدمات علاجية وخدمات إنشائية وخدمات تشريعية.

– **الخدمات الوقائية:**

وتتضمن حملات التوعية لتنوير الرأى العام والمخالطين للمرضى بطرق الوقاية السليمة مثل تجنب الإزدحام وكثرة لدغ الحشرات وسرعة عزل المصاب.

وإذا عزل بالمنزل يجب أخذ الاحتياطات الشديدة من ناحية التطهير للإفرازات والاحتياطات الخاصة بالمخالطين لتجنب ملامسة المريض عند قروح الجلد خاصة صغار الأطفال. ويقوم الأخصائي الاجتماعي بدور إيجابي في هذا السبيل عن طريق عمله بمستعمرة الجذام أو بقسم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفى أو مراكز فحص المرضى وعزلهم أو فى قسم الصحة الوقائية بوزارة الصحة.

- **الخدمات العلاجية:**

تتضمن العلاج بالسلفون سواء بالعيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية، وفى سنة ١٩٤٠ أنشأ قسم لمكافحة مرض الجذام بمصر تابع للإدارة العامة للصحة الوقائية بوزارة الصحة، وقد أنشأت ٤٩ عيادة خارجية حتى سنة ١٩٦٢ بمعظم عواصم المحافظات وزود كل منها بمعزل يتسع لعدد ٢٥ سريراً وأربعة فروع موزعة على المراكز المجاورة لتقوم بفحص المرضى وعزل أكبر عدد منهم فى مستعمرتين للجذام إحداهما فى أبى زعبل والأخرى بالعامرية. وتقوم الخدمة الاجتماعية بدور نشط فى هذه المستعمرات سواء فيما يتصل بشخصية المريض أو ما يتصل بأسرته وبيئته الاجتماعية. إذ يتم تحديد أكثر الحالات، إستحقاقاً للرعاية الداخلية بالمستعمرة للمرضى وأسرهم عن طريق المقابلات الأولية، وتحدد مشكلات الأسرة المادية والاجتماعية ومواجهتها فى ضوء التاريخ الاجتماعي وتجنيد إمكانيات الأسرة الذاتية وإمكانيات المؤسسة وموارد المجتمع. كذلك يقوم الأخصائى الاجتماعى بدور أساسى فى تأهيل السلبيين من ميكروب المرض مهنياً وتشغيلهم وتتبعهم بعد خروجهم من المستعمرة حتى يصبحوا مواطنين منتجين. ومريض الجذام ينتابه القلق والتعاسة والمرارة والألم من جراء تشويه أجزاء جسمه خاصة وجهه ونفور الناس منه، والخوف من طول مدة العلاج وأثر ذلك على حالته المهنية

وظروفه الاقتصادية، ويتطرق الخوف أو الوهم إلى نفسه من جراء العمليات الجراحية، لذلك فهو فى أشد الإحتياج إلى المساندة النفسية والاطمئنان وتوضيح مدى وطأة ظروفه لمرضه والتبصير فيما يخص مستقبله الدراسى والمهنى أو ظروف أسرته. وزيارة الأخصائى للمريض بصفة منتظمة والإفصاح عن هذه المشاعر السلبية وبداية إتخاذ إجراءات التدريب المهنى خطوة إيجابية فى هذا السبيل، كما أن دور خدمة الجماعة مهم فى الترويح عن المرضى وأسرهم داخل المستعمرة وشغل وقت فراغه بنشاط مثمر. هذا وتقوم مؤسسات الرعاية الاجتماعية الأهلية بتوفير الرعاية المادية والاجتماعية وقد تم إنشاء الجمعية المصرية لرعاية مرضى الجذام وأسرهم بالقاهرة وأخرى بالأسكندرية ونأمل أن تنتشر هذه المؤسسات فى سائر محافظات الجمهورية.

- الخدمات الإنشائية:

تتضمن رفع مستوى الخدمات القائمة عن طريق تدريب العاملين فى هذا المجال طبياً أو اجتماعياً وإجراء البحوث العلمية الطبية والاجتماعية، وإقامة المؤتمرات وإصدار الكتيبات الإرشادية كأدلة للعمل فى مؤسسات الرعاية أو لأغراض التوعية بأسباب المرض وطرق علاجه.

- الخدمات التشريعية:

تتضمن إصدار التشريعات المختلفة التى تؤكد العناية بالمرضى وتنظيم معاملاتهم وتحدد الواجبات عليهم هم وأسرهم. هذا وقد صدر فى مصر القانون رقم ١٢١ لسنة ١٩٤٦ لتنظيم إكتشاف وعزل المصابين بالجذام حماية للمجتمع من هذا المرض ولتأكد العناية بالمرضى (١٣).

مراجع الفصل الثامن

١ - إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى والنفسى، الاسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٠، ص ٢٢٦.

٢ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية ط١، القاهرة، مطبعة العلوم، ١٩٦١، ص ص ٩٩، ١٠٠.

٣ - إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى والنفسى، مرجع سابق، ص ٢٢٥.

٤ - مختار حمزه، سيكولوجية ذو العاهات، القاهرة، دار المعارف بمصر، ١٩٥٦، ص ٢٠٨.

٥ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ص ١٤٤، ١٤٥.

٦ - السيد رمضان، إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الفئات الخاصة، الاسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٩٠، ص ٢٩١.

٧ - فاطمة مصطفى الحارونى، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية، القاهرة، مطبعة السعادة، ١٩٧٤، ص ص ٦١٤، ٦١٥.

٨ - محمود محمد الزينى، الخدمة الاجتماعية للمعوقين وذوى العاهات، الاسكندرية، ب. ن. ١٩٦٩ ص ٥٤.

٩ - فاطمة مصطفى الحارونى، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية، مرجع سابق، ص ص ٦٢٨، ٦٣٢.

١٠ – محمود محمد الزينى، الخدمة الاجتماعية للمعوقين وذوى العاهات، مرجع سابق، ص ٥٨.

١١ – أنظر: قرار وزارة الصحة رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠، الخاص بواجبات الخدمة الاجتماعية الطبية.

١٢ – فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، ط٢، القاهرة، دار المعارف بمصر، ١٩٦٩، ص ص ٢٩٦، ٢٩٧.

١٣ – محمود محمد الزينى، الخدمة الاجتماعية للمعوقين، مرجع سابق، ص٧٧.

الفصل التاسع

الخدمة الاجتماعية وأمراض العصر

الخدمة الاجتماعية وأمراض العصر

أمراض العصر:

مصطلح أطلقه العلماء أخيراً على مجموعة من الأمراض المستحدثة التى ارتبطت بظاهرة القلق التى انتشرت فى كافة أنحاء العالم المعاصر، والإنحرافات المستحدثة كالجنسية الشاذة والإدمان لمساحيق الهيروين وحبوب الهلوسة، وتفكك العلاقات الاجتماعة، والتلوث البيئى.

والسمة المميزة لهذه الأمراض أنها ليست أمراضاً عرفها الإنسان منذ القدم، ولكنها نتاج معاصر وخلق جديد لعوامل مستحدثة بعضها عوامل بيئية كتلوث الهواء للمخترعات الحديثة، وأخرى سلوكية ونفسية واجتماعية انحرفت بسلوك الإنسان لتصيبه بالمرض.

وقد عدد تقرير هيئة الصحة العالمية .I. H. A، ومنظمة الفاو .F.A.W هذه الأمراض ما يلى [1]:

مرض الإيدز، تصلب الشرايين، ضغط الدم، القولون العصبى، الهربس، قرحة المعدة، الشلل الإرتعاشى، الأنيميا، السكر، البدانة، الاضطرابات العصابية.

وسنتناول فيما يلى نماذج من هذه الأمراض، مع محاولة إلقاء الضوء على طبيعة الدور المهنى للخدمة الاجتماعية فى محيط هذه الأمراض.

الخدمة الاجتماعية ومرضى الأيدز

يعتبر مرض الأيدز Aids من الأمراض الحديثة جداً. والتى لم تعرف إلا فى منتصف الثمانينات، وإن كانت تشير التقارير الطبية أن أولى الحالات

ظهرت فى الولايات المتحدة عام ١٩٨١، وأكثر من ٣٠٠ ألف فرد أصيب من هذا المرض، توفى منهم بعد خمس سنوات ٢٠ ألف فرد، ويعتبر هذا المرض، مرضاً عالمياً، وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٠، أن أكثر من ١٠١ دولة يوجد بها الأيدز، ويصل إجمالى المصابين به ما بين (٥ – ١٠ مليون) على مستوى العالم. وعلى الأقل (٢ مليون) منهم موجودون فى أفريقيا، وما بين نصف مليون فى أوروبا، و (٥ مليون) فى الولايات المتحدة، كما تشير التقارير أيضاً أن ١٠٪ من إجمالى النساء الحوامل فى الولايات المتحدة يحملون هذا المرض. وبالرغم من غياب الإحصاءات الدقيقة حتى الآن، إلا أننا نرى أن مرض الأيدز، يعد أكثر خطورة من الأمراض الأخرى التى تسبب الإعاقات، مثل التراكوما أو الجذام. كما أن هناك حالياً العديد من الدول، التى اتخذت إجراءات طبية وعلاجية أكثر من إتخاذها لأمراض مثل الدرن والجذام وغيرها من الأمراض التى تعتبر من العوامل المسببة للإعقات المختلفة. والسبب يرجع إلى طبيعة ظروف مرض الأيدز والذى يؤدى إلى العزل الاجتماعى الشامل وفقدان العمل والتعامل مع الآخرين.

ويحدث الأيدز نتيجة الإصابة بفيرووس معروف وهو (HIV) أو Human immunodeficiency Virus، والذى يصيب جهاز المناعة للجسم كلية، وربما يظل المرض لمدة خمس سنوات غير ظاهر، ولكن بمجرد الإصابة، يعتبر جهاز المناعة غير قادراً على الإطلاق، بخلاف الأمراض التقليدية الأخرى مثل السرطان، والسل وغيرها من الأمراض الفيروسية [٢].

ومن أعراض هذا المرض:

١ – إرتفاع الحرارة مع العرق الليلى الغزير يستمر عدة أسابيع دون سبب واضح.

٢ - تضخم العقد الليمفاوية وخاصة الموجودة فى العنق والإبط وثنية الفخد دون سبب معروف.

٣ - سعال جاف لعدة أسابيع.

٤ - إسهال ليس له سبب واضح ويستمر عدة أسابيع.

٥ - إعتلال عام فى الصحة وضعف.

ومن طرق إنتقال العدوى:

١ - العدوى عن طريق العلاقات الجنسية:

- عن طريق الإتصال الجنسى بين الرجل والمرأة أو الإتصال الجنسى الشاذ إذا كان أحد الطرفين مصاب.

- تعدد قرناء العلاقات الجنسية.

٢ - عن طريق الدم:

- عند نقل دم من شخص مصاب بالعدوى إلى شخص سليم.

- أو عن طريق الحقن الملوثة التى تستعمل لأكثر من فرد وتزيد معدلات الإصابة بين مدمنى المخدرات الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الوريد بحقن ملوثة.

٣ - العدوى من الأم للجنين:

قد تحدث العدوى من الأم المصابة للجنين أثناء الحمل أو الولادة [٣].

وهكذا تعتبر الممارسة الجنسية الشاذة، من أهم **العوامل المسببة للأيدز**، وتناول المخدرات وعمليات نقل الدم من حاملى المرض وغير ذلك من عوامل

أخرى. وبالطبع يعتبر هذا المرض من الأمراض الخطيرة دبدرجة عالية جداً لأن نهايته الحتمية هى الموت لأنه لم يتم حتى الآن اكتشاف لقاح واحد أو علاج فعال لهذا المرض.

ولاتقتصر آثار الإيدز على الصحة فقط ولكن على كل من الفرد المصاب وأسرته، والتى تواجه تقريباً العزل الإجتماعى كلية من قبل المجتمع. وله أيضاً جوانب إجتماعية أخرى إذ أنه يصيب الشريحة المنتجة فى المجتمع المؤثرة فى التنمية الاقتصادية. ومن ثم، يكشف لنا مرض الأيدز عن دور الأسباب الاجتماعية والتى تؤدى إلى حدوث المرض ذاته، والكثير من حالات الإعاقة والعجز الفيزيقى والنفسى للفرد ولأسرته ككل، نتيجة لنظرة المجتمع والشعور بالخجل الاجتماعى أمام الآخرين، بغض النظر عن أن حامله يشعر بالذنب المباشر نتيجة لحدوث المرض، أو نقل إليه عن طريق غير مباشر (٤).

الوقاية ودور الخدمة الاجتماعية:

١ - التمسك بالقيم والتقاليد الدينية والمبادئ الأخلاقية بتجنب العلاقات الجنسية الشاذة والمنحرفة.

٢ - تحرى سلامة الدم قبل نقله.

٣ - تجنب إستعمال الحقن الملوثة.

٤ - عدم تعاطى المخدرات.

والخدمة الاجتماعية كمهنة تمارس فى هذا الميدان الطبى يمكنها أن تقوم بدور وقائى فعال فى هذا النطاق عن طريق القيام بالتوعية الجماهيرية بأسباب الإصابة بهذا المرض وطرق الوقاية مستخدمة فى ذلك عقد الندوات فى شتى القطاعات المختلفة.

هذا بالإضافة إلى ما يمكن أن يقوم به الأخصائي فى مجال البحوث والتخطيط، وطبع أدلة للخدمات الاجتماعية الطبية، وتوجيه أسرة المريض لمصادر الخدمات فى المجتمع للإستفادة منها أثناء وجود عائلها بالمستشفى، مع الإهتمام بشكل خاص بالعلاج التدعيمى لذات المريض.

الخدمة الاجتماعة ومرضى السكر

يحدث مرض السكر نتيجة عجز الجسم عن الاستفادة من السكر فى توليد الطاقة بسبب نقص الأنسولين أو عدم استطاعة الجسم استغلال مالديه منه بصورة طبيعية مما يؤدى إلى تجميع السكر بالدم إلى أن يصل إلى درجة يتسرب فيها إلى البول عن طريق الكليتين فينتج عن هذا زيادة نسبة السكر فيه ولذلك يطلق على هذا المرض أحياناً «البول السكرى».

ويرتبط هذا المرض باسم عالمين هما بانتنج وبست اللذان اكتشفا هرمون الأنسولين عام ١٩٣١، وقد ظن عقب هذا الاكتشاف أنه قد بدأ عصر السيطرة التامة على هذا المرض ومعرفة كل أسراره ولكنه ما زال الأمر بعيداً. فبالرغم من تقدم العلاج الطبى فيه فإن **مسببات المرض** ما زالت بحاجة إلى المزيد من البحوث العلمية التى توضح للبشرية بصورة جازمة الإجابة على مثل هذا السؤال مما سبب. مرض السكر وكيف نتقيد أو نشفى منه أو حتى نعيش به بدون متاعب أو مضاعفات؟».

والثابت علمياً فى الوقت الحاضر أنه ليس بالوراثة فقط يصابَ الإنسان بالسكر، وقد أظهرت الإحصاءات الحديثة أن الثلث فقط من مرضى السكر يصاب فيه أحد أفراد العائلة بالمرض، وبمعنى آخر أن ثلثى مرضى السكر لايوجد بين أفراد العائلة الآخرين من هو مصاب بمرض السكر.

أن المسلم به أن تصرفات سلوكية وقيمية وأعراض نفسية تؤدى إلى

التمهيد للإصابة بهذا المرض، فزيادة وزن الإنسان عن المعدل الطبيعى تعرضه للإصابة بمرض السكر، وكذلك قلة الحركة أو الإسراف فى تناول بعض الأدوية وخاصة بدون توصية الطبيب بها، كما فى حالة تعاطى الكورتيزون والأدوية المدرة للبول. أن الغدة فوق الكلية (الغدة الكظرية) تفرز القليل من مادة الكورتيزون فى الجسم، ومفعوله على عكس مفعول الأنسولين، فإذا تناول الإنسان مقادير كبيرة من هرمون الكورتيزون ساعد ذلك على تعرضه للإصابة بالمرض، والظروف الاجتماعية والأنفعالات النفسية الشديدة قد ثبت أن لها دورها فى التمهيد للإصابة بالمرض حينما يكون الإنسان مستعداً جسمياً لذلك [٥].

وفى الواقع، مرض السكر مرض خبيث يتمكن فى الجسم تدريجياً بحيث لا يشعر به المريض إلا عند تمكنه منه وظهور المضاعفات المختلفة ما لم تكشفه الصدفة أو التقدم التلقائى للكشف الطبى. ومضاعفات هذا المرض خطيرة قد تسبب الوفاة– ومرضى السكر عادة ما يكونون قلقين سريعى الاستثارة والاكتئاب. كما يصاحب مرض السكر مضاعفات ذات أثر نفسى سيئ مثل الإضطراب الجنسى والنفسى مما يؤثر على سلوك المريض وتصرفاته وتكيفه الاجتماعى مع البيئة التى يعيش فيها، وإذا أضفنا إلى ذلك أسلوب العلاج والحرمان الشبه دائم من أنواع معينة من الغذاء. كل هذا يشكل لمريض السكر أعباء نفسية عديدة تطبع سلوكه بطابع الضيق والتبرم وفقدان الإتزان بل قد يلجأ إلى التعويض بالإندفاع نحو بعض التصرفات الشاذة أو المخالفة الإرادية للبرنامج الغذائى المقرر له [٦].

وبالطبع، رغم العلاجات الحديثة لتعويض الأنسولين وتنشيط البنكرياس بواسطة الأنسولين حقناً وأقراصاً، إلا أن تنظيم الطعام يعتبر أساسياً للعلاج من هذا المرض. وتؤكد البحوث بأن مرض السكر وراثى لم يعد فى هذه الحقيقة

شك، ولكن الوارث لمرض السكر يحتاج للسمنة حتى تتحول إلى مرض، وقد ثبت أيضـاً أن الوارث لمرض السكر إذا نقص وزنه بمقـدار ١٠ ٪ من الوزن والطول المثاليين فى سنه وجنسه فلن يصاب بالمرض [٧].

دور الأخصائى الاجتماعى الطبى:

يستطيع الأخصائى الاجتماعى الطبى أن يسدى عوناً كبيراً لمرضى السكر فى مجال الوقاية والتنظيم المعيشى للمرض،. وإتباع خطة العلاج الطبى التى يقررها الطبيب. مستعيناً الأخصائي فى ذلك باستراتيجيات وتكنيكات خدمة الفرد، وخدمة الفرد، وخدمة الجماعة، وطريقة تنظيم المجتمع [٨].

١ - أما بخصوص خدمة الفرد فمريض السكر، شأنه فى ذلك شأن بقية المرضى بأمراض يتطلب علاجها استقراراً نفسياً واجتماعياً خلال فترة العلاج الطويلة وبعدها أيضاً، يحتاج لجهود الأخصائي لتذليل الصعوبات التى تعترض سبل تجاوبه مع الخطة التى أقرها الطبيب لعلاجه وخاصة فيما يتعلق باتباع النظام الغذائى والعلاجى المطلوب.

وهناك حالات كثيرة تكون فى أمس الحاجة للمساعدات المادية والإرشادية لا للمريض فحسب بل ولأسرته أيضاً.

٢ - يعد حصر المرضى وتتبع الحالات من ألزم الأمور فى هذا المرض، وفى بعض الحالات تكون هناك ضرورة ملحة لعمل بطاقات خاصة بكل مريض تفيد فى هذا التتبع وفى إسعافه عند الضرورة. ومن هذه الحالات التى يجب على الأخصائي الاهتمام بها الحالات المرضية التى يكون المرضى فيها مصابين - بجانب البول السكرى - بأمراض أخرى وخصوصاً الأمراض التى تؤثر على الأوعية الدموية كارتفاع ضغط الدم،

والتهابات الكليتين المزمنة، وإتفاع ضغط العين وما إلى ذلك.

وبالطبع، تستدعى مثل هذه الحالات قيام تعاون وثيق بين أعضاء الفريق العلاجى المكون من الطبيب والممرضة وأخصائية التغذية وأخصائي العلاج بالعمل والأخصائي الاجتماعى وغيرهم ممن تستدعى خطة العلاج الطبى الاستعانة بهم من الاخصائيين.

٣ – نظراً للارتباط الوثيق بين خطة العلاج الطبى الموضوعة لصالح المريض والعمل الذى يؤديه فإن الأخصائي قد يجد أن ظروف الحالة تحتاج إلى الإتصال بجهة العمل لاتخاذ التدابير التى تعين على استمرار المريض فى العلاج وعدم تعرضه لأخطار المهنة.

٤ – ومن أساليب خدمة الجماعة الناجحة فى هذا المرض عقد الاجتماعات الدورية للمرضى وأسرهم لمناقشة المشكلات الأساسية الخاصة بهم، وكثيراً ما تسفر هذه الاجتماعات عن نتائج ايجابية تجعل المرضى وأسرهم يقبلون فى اقتناع على متابعة العلاج وتنظيم الغذاء والحياة المعيشية، ويستعين الأخصائى فيى هذه الاجتماعات الدورية ببعض الأطباء وأخصائي التغذية وغيرهم.

٥ – وأخيراً، على الأخصائى الاجتماعى الطبى أن يدخل فى إعتباره فعالية المتاعب والاحباطات النفسية التى يتعرض لها مريض السكر والتى قد تجعله يتمرد أحياناً على الخطة الموضوعة لعلاجه والتى يتولى بنفسه مسئولياتها.

وسنجمل فيما يلى دور الأخصائي الاجتماعى الطبى فى محيط عيادات السكر كما حددته وزارة الصحة طبقاً للقرار الوزارى رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠ على النحو التالى (٩):

١ - يقوم الأخصائ ببحث جميع الحالات من الوجهة الاجتماعية بحثاً مفصلاً.

٢ - تتبع الحالات للتأكد من الاستمرار فى نظام العلاج الغذائى وحصر من تحسنت شكواه وهل ينفذ تعليمات العلاج الغذائي أم لا ؟.

٣ - تتبع الحالات من الوجهة الاجتماعية.

٤ - القيام بالتوعية الصحية للمترددين على العيادة.

٥ - التوعية الصحية لأسر المرضى.

٦ - الإلمام بأعمال التمريض والعمل والعلاج الدوائى الخاص بعيادة السكر والتى تتعلق بالتوعية الصحية والاجتماعية حتى تكون الأخصائية الاجتماعية على استعداد للرد على استفسارات المرضى وذويهم بقدر الإمكان.

الخدمة الاجتماعية ومرضى السرطان

السرطان مرض عادى، ومع ذلك فإنه من أكثر الألفاظ إثارة للرعب، والانقباض للنفس البشرية فلكلمة «السرطان» قد أصبحت فى كل فروع الطب وسواساً يسمى «وسوسة السرطان» أو «فوبيا السرطان».

ومن علامات الإنذار الرئيسية للإصابة بهذا المرض والتى يمكن عن طريقها تشخيص ما يلى:

١ - ظهور أى ورم فى أى جزء من الجسم.

٢ - ظهور إفرازات أو نزيف غير طبيعى فى أى جزء من الجسم واستمراره فترة طويلة بدون إستجابة للعلاج.

٣ – ظهور قرح مزمنة في الجلد أو الأغشية المخاطية في الفم وغيرها.

٤ – تغير مفاجئ في وحمة أو زوائد جلدية سواء بالنمو أو تغيير اللون.

٥ – استمرار أعراض مزمنة مثل سوء الهضم بدون إستجابة للعلاج.

ووسائل تشخيص السرطان تكمن أساساً في الكشف الطبي عند ظهور أعراض مشتبه فيها. وللطبيب وسائل اكلينيكية كبيرة للكشف والتعرف على الإصابة السرطانية. وفي هذه الحالة يلجأ الطبيب إلى العديد من التحاليل والبحوث الطبية مثل:

الأشعة – المناظير – استعمال الموجات فوق الصوتية – والتصوير الحراري وغيرها من الوسائل المستخدمة للتحقق من إصابات السرطان[١٠].

وعلى الرغم من كل ما يبذل من مجهود للحد من إنتشار هذا المرض إلا أن مشكلته في إتساع كل عام حتى في أرقى الدول المتقدمة فهو كمرض القلب يصيب الناس في منتصف العمر غالباً وخاصة المتقدمين في السن. والإصابة بالسرطان متقاربة في الرجال والنساء وبين النساء اللاتي يمتن من السرطان يكون الثدي والرحم أكثر الأماكن إصابة بالمرض في حين يأخذ سرطان الرئة والمعدة نصيباً أكبر بين الرجال.

والأورام التي لا تنتشر في الجسم تسمى بالأورام الحميدة، مثل الأورام الدهنية ويكمن خطر الأورام الحميدة في ضغطها على أعضاء أخرى فتعطل وظائفها. أما عندما متنتشر الأورام إلى أجزاء أخرى من الجسم يطلق عليها اسم الأورام الخبيثة. أو السرطان ويكمن خطر السرطان في أنه لا يتوقف على النمو ولا ينمو بين الخلايا الطبيعية فحسب ولكنه يقضي عليها ويحتل سرطان الجهاز الهضمي مكان الصدارة في قائمة الخطورة. [illegible] –

إن صورة **أسباب مرض السرطان** ما زالت مهزوزة عند أغلب العلماء فيرى البعض أن كثيراً من أنواع السرطان تنتج من التهيج المستمر لفترة طويلة دليل على أن الجروح العادية وبعض الأمراض المزمنة قد تؤدى للإصابة بالسرطان، ولذا يحذر الأطباء من تعرض الشامات (الحسنة) والثآليل (الكلو) للتهيج المستمر وذلك عن طريق الإحتكاك بأمواس الحلاقة وغيرها، كما يحذر أطباء الأسنان من الأسنان المكسورة أو أطقم الأسنان الصناعية غير المريحة فى الفم.

وهناك بعض الأدلة على أن التعرض للكثير من الإشعاعات يمكن أن تنتج عنه الإصابة بالسرطان فتعرض الجلد للكثير من الشمس، خصوصاً الشقر والبيض من الناس – يجعلهم معرضين للإصابة بالسرطان فالبحارة والفلاحين تكثر إصابتهم بالسرطان فى المواضع المعرضة للشمس كالوجه والأيدى والرقبة أكثر من غيرهم من الناس، والزنوج معرضون للإصابة أقل من البيض لأن جلودهم تستطيع التخلص من كمية كبيرة من الأشعة فوق البنفسجية التى هى فى اشعاعات ضوء الشمس، والتعرض لأشعة إكس بكثرة ولمدد طويلة يمكن أن يسبب سرطان الجلد والدم (اللوكيميا) بين أخصائي الأشعة الذين لا يأخذون الاحتياط الكافى عندما يعملون بها. والتعرض لإشعاع الراديوم دون حرص له خطره فقد توفى نتيجة لذلك مجموعة من عمال أحد المصانع الذين كانوا يعملون فى طلاء وجه الساعات بمادة مشعة، وقد كانوا يبللون أطراف فرشاهم بشفاههم فى أثناء العمل فابتلعوا كمية من الراديوم بالقدر الكافى الذى جعل قليلاً منه يستقر فى عظامهم فأصيبوا بسرطان العظام.

كما لوحظ أثر بعض الكيماويات فى إحداث أنواع خاصة من السرطان عند بعض عمال الصناعات مثلاً إصابة منظفى المداخن فى انجلترا بسرطان

الجلد وكثرة الإصابة بسرطان المثانة عند بعض العمال الذين يشتغلون بالصباغة، وهذا هو الحال بالنسبة لكثير من الكيماويات مثل (القار) الرفت والكيروسين والاسفلت والزرنيخ والاتروجين وبعض المركبات الأمينية العضوية.

ولتباين علاقة السرطان بالتدخين قامت جمعية السرطان الأمريكية بدراسة عادة التدخين وخرجت من ذلك بأن نسبة الوفاة بسرطان الرئة كانت عالية بين مدخنى السجائر وضئيلة بين غير المدخنين، ويعتقد بعض العلماء أن هناك علاقة بين بعض الكائنات الحية وبعض أنواع السرطان فإن إصابة عدد كبير من المصريين بسرطان المثانة قد يرجع إلى دودة صغيرة منتشرة فى مصر توجد غالباً فى الجهاز البولى (البلهارسيا) ومن المفارقات الغريبة أن بعض العوامل التى عرف عنها أنها تسبب السرطان تستعمل نفسها فى علاجه والتعرض لكثير من الإشعاع يسبب السرطان ولكن إذا استعملت الأشعة إستعمالاً دقيقاً فإنها تكون سلاحاً قوياً ضد المرض، وهناك مادة كيميائية لإحداث الإصابة بسرطان الرئة فى الفئران أصبحت تستعمل فى علاج سرطان الجلد والدم (اللوكيميا) فى الإنسان.

والحقيقة المعروفة عن أن التوأمين المتطابقين يصابان بالسرطان فى نفس المكان فى كل منهما، تدل على إستعداد الخلية للثورة يتأثر بالجينات حاملة الصفات الوراثية. ولكن من الحقائق المؤكدة أيضاً أن هناك أسباب أخرى كثيرة مسئولة عن نشأة المرض وتطوره بجانب عامل الوراثة أو الحساسية. ومن المعروف أن هرمونات الغدد الصماء تؤثر فى أنسجة الجسم ولها علاقة بتطور السرطان واستئصال المبيض عند المرأة يقلل كثيراً من نسبة الإصابة بسرطان الثدى، واستئصال الخصيتين فى الرجل يوقف سرطان البروستاتا ويوقف انتشار السرطان للعظام والأنسجة الأخرى.

وقد أمكن الآن إيقاف نمو سرطان البروستاتا مؤقتاً بالحقن بالهرمونات الأنثوية بعقار سيتلبسترول Stilbestrol، وقد استعمل هرمون الذكر فى علاج سرطان الثدى عند الاناث، ورغم أن النتائج مشجعة فحتى الآن لم يكتشف بعد العلاج الشافى.

وعموماً، ما زال العلاج بالجراحة والإشعاع هما الآن الطريقتان الوحيدتان المعترف بهما فى **علاج السرطان** ويساعد فى ذلك بعض الشئ العلاج بالكيماويات (العقاقير الطبية) خاصة فى حالة سرطان الدم فى الأطفال فلا المراهم ولا الدهانات ولا الأقراص ولا الحقن يمكن أن تكون ذات نفع كما يزعم أدعياء الطب الجهلاء الذين يتسببون فى تأجيل العلاج الصحيح الناجح حتى تفوت فرصة الاستفادة منه ويتسببون فى ضياع الأموال التى تكون أسرة المريض فى أشد الحاجة إليها.

ولقد ثبت أن الاكتشاف المبكر للسرطان مع العلاج الفورى هو أنجح طريقة لعلاج السرطان وتظهر هنا ضرورة القيام بحملات التوعية التى تؤكد ضرورة القيام بالكشف الطبى الدورى المنتظم، ويلعب الأخصائي الاجتماعى دوراً رئيسياً فى ذلك بعد أن يتثقف ثقافة طبية مناسبة بحقائق هذا المرض العضال. ولكن التبكير فى الكشف عن السرطان وعلاجه لا يمكن وحده أن يحل المشكلة إلى أن يحل العلم وسائل أكثر فاعلية فى تشخيص وعلاج والوقاية من المرض.

واستئصال أورام السرطان بالجراحة يجب أن يكون استئصالاً كاملاً فترك خلية سرطانية واحدة يمكن أن تبدأ المأساة كلها من جديد، وهنا تبدو أهمية الكشف المبكر عن أورام السرطان قبل أن يتشعب ويتعذر إستئصاله، والجراحة مفيدة فى حالة سرطان الرئة والمعدة والبنكرياس. وإستئصال أجزاء من المخ والجهاز العصبى. وإذا تعذر استئصال الأورام المحلية استئصالاً كاملاً، يتم

تدمير خلايا السرطان المتبقية باستخدام أشعة إكس والراديوم. وقد حلت أجهزة دقيقة محل الجهاز القديم لأشعة إكس وتستعمل الآن النظائر المشعة للكوبلت وغيره من العناصر فى العلاج والتشخيص معاً.

ونظراً لفداحة تكاليف الراديوم (٩,٥ جرام ثمنها ٢٠٠ ألف دولار) يستخدم زرع ابر الراديوم فى مكان السرطان ثم تنتزع من المرضى وتستخدم من جديد.

الرعاية الاجتماعية ودور الخدمة الاجتماعية:

للأسف لا يوجد بمصر حتى الآن نشاط اجتماعى أهلى لرعاية مرضى السرطان رغم خطورة هذا المرض وآثاره القاسية جسمياً ونفسياً ومادياً واجتماعياً، ولا شك أن الحكومة يجب أن تأخذ دور قيادى فى الرعاية الاجتماعية خاصة فى الدول المتخلفة ولكن هذا لا يعنى عدم وجود خدمات أهلية نظراً لمرونة النشاط الأهلى وسرعة تنفيذه للخدمات والحاجة للمساندة الشعبية مادياً وأدبياً لجهود الحكومة لما هو موجود بالنسبة لمرضى الدرن والصم والبكم والمكفوفين وغيرهم.

ودور الخدمة الاجتماعية مع مرضى السرطان له طابع خاص. فشعور الأخصائي الاجتماعى الطبى إزاء هذا المرض مختلف عن شعور سائر الناس. إن الموقف المهنى للأخصائي الاجتماعى يتطلب منه أن يرى المريض كفرد يواجه موقفاً يهدد سعادته وراحته واطمئنانه لا كضحية تستحق الرثاء لمرضى غير قابل للشفاء.

وبما أن فاقد الشئ لا يعطيه لذا فالأخصائي الاجتماعى يجب أن يحلل شعوره بضبطه إزاء الألم والتشويه والعمليات الجراحية ورؤية الدم والموت حتى يستطيع أن يواجه شخصية المريض نفسه. كشخص يحتاج للمساندة العاطفية

والإيجابية، مع إزالة الحواجز السيكولوجية والمشكلات المادية والاجتماعية والمخاوف والأوهام. التى تعوق إنطلاق قدرة المريض وتجنيدها وبدون ذلك يصبح الأخصائي الاجتماعى نفسه محتاجاً للمساندة النفسية لذا يجب على الأخصائي أن يسأل نفسه هذه الأسئلة:

ما هو شعوره عندما يعلم أن عميلاً مريض بالسرطان؟.

هل يستطيع النظر إلى مكان الإصابة إذا أبدى المريض رغبة فى عرضها عليه؟.

هل يشعر براحة فى تشجيع العميل للتحدث عن شعوره إزاء مرضه؟

هل يميل إلى مشاهدة بعض النماذج التوضيحية لمرض السرطان؟

هل يفضل الإستماع لمحاضرة فى موضوع آخر عن محاضرة فى السرطان؟

هل يميل إلى قراءة معلومات أن نشرات عن هذا المرض؟

هل يمانع فى زيارة منزل به مريض بالسرطان؟

هذا مع العلم أن نقص المعلومات أو خطأ المعلومات عن هذا المرض غالباً ما تكون سبباً رئيسياً فى المشاعر السلبية للأخصائي الاجتماعى.

هل من الأفضل أن يعرف المريض حقيقة مرضه:

لكل فرد أسلوب حياة Style of life أى طريقة خاصة فى مواجهة المشكلات، وهذا الأسلوب يتوقف على التكوين الجسمى والنفسى والعقلى والاجتماعى وهو حصيلة تفاعل معطياته الوراثية والبيئية. فالبعض يهول والآخر يهون وثالثاً ينسحب وينطوى ويملوه اليأس. والشكوى والبكاء ورابع يهرب من الواقع وخامس يواجه وسادس يخادع أو يمكر أو يتكل على غيره بشكل طفلى ... إلخ.

وإجمالاً فإن أسلوب الحياة وهو حصيلة نظرة المريض الحاضرية والوراثية والمستقبلية.

وإذن معرفة المريض أو عدم معرفته أساسها أسلوب حياته وفكرته عن نفسه ومرضه ودوافعه. فمعرفة المرض فى بدايته بالنسبة لبعض المرضى أمر ضرورى ولكنها قد تكون ضارة للبعض الآخر. وطبيعى لا بد أن يعرف المريض مرضه فى وقت من الأوقات ولكن المقصود هو حمايته من وقع صدمة اكتشاف المرض. ويجب أن يراعى الأخصائي فردية المريض ونموذج شخصيته فلكل مريض مشاكله الخاصة التى يجب أن تدرس على حدة ومنه يقدر آثار صدمته للتشخيص. ومن المعلوم أن تشخيص أى مرض قد يثير أفكار ومخاوف سابقة فى المريض عن السرطان، والسرطان بالذات مرض مخيف ومعرفة أسبابه وعدم كفاية طرق علاجه وإنتهاء حالات كثيرة بالوفاة تزيد من هذه المخاوف. والمريض الخائف المرعوب يجعل علاقة من يتعاملون معه من الهيئة الطبية مقيدة. لذلك كانت حاجة المريض إلى طريقة خدمة الفرد كبيرة لمعرفة معنى المرض بالنسبة له ومدة بالخدمات المادية والاجتماعية والنفسية فى أسرع وقت ممكن والتى يتيح له علاجاً أفضل وتقلل من أثر ما يعانيه.

الحالات الميئوس منها:

هذه الحالات تتطلب مهارات أكثر من جانب الأخصائي الاجتماعى إذ أن غالباً ما يكون هؤلاء المرضى قد عاشوا فترة طويلة بهذا المرض. وأنهم الآن يعانون من أعراض سابقة وكونوا إتجاهات ثابتة من الصعب تغييرها إزاء مرضهم. وقد يكون من بينهم من أمكنهم تقبل مرضه والتكيف له وكثير منهم تزداد مخاوفه فى الوقت الحاضر وفى حاجة ماسة لمساعدة الأخصائي، وفى كثير من الحالات لا يحتاج الأمر إلا للإصغاء الجيد من جانب الأخصائى وزيارتهم بانتظام وتقديم المعونات اللازمة لهم. وقبل وأهم من

ذلك كله تغيير شعور الصد والنبذ والإهمال من جانب المشتركين فى علاجه وذلك لمعرفة أنه لا جدوى من خدماتهم له فيهملونه . وفى ذلك يقول مريض، «لم يزرنى الأطباء منذ أسابيع، وكنت أظن أنك (الاخصائى الاجتماعى) لن تزرنى أيضاً، إن المرض الطويل مزلة والحالات التى نهايتها الموت عبء كبير على النفس والناس، إننى هنا الآن منذ بضعة أيام وكل ما يطلب منى هو التنقل من مكان لآخر ولا يفعل معى الأطباء أو غيرهم شيئاً.

المشاكل التى تواجه مرضى السرطان:

لمعرفة مشاكل المريض ومساعدته إزائها فإنه يفيد الأخصائي معرفة:

١ - هل تأخر المريض فى العلاج؟

٢ - ما معلوماته السابقة عن المرض وأسبابه؟

٣ - وماذا كانت نتائجها؟ ماذا كان رأى من عرض عليه حالته ممن حوله؟

٤ - ماذا تعرف أسرته عن حالته؟ ما هو شعوره إزاء أمراض سابقة وإزاء تجاربه السابقة وإزاء الأطباء؟

٥ - ما هى حالته المالية وظروفه الاجتماعية؟

٦ - وكيف يرى تأثير المرض على حالته من هاتين الناحيتين؟

وغير ذلك من بيانات التاريخ الاجتماعى والمرضى.

ولفهم شخصية المريض قد يهم الأخصائي الاجتماعى أن يعرف أن المريض يتخذ وسائل دفاعية غالباً ما تلاحظ بين المرضى وخاصة مرضى السرطان ومن هذه الوسائل الإنكار أى التصرف على أنه ليس مريضاً بل وفى شئ من المبالغة والكبت ويظهر فى محاولات أبعاد فكرة المرض عن شعوره وتجنب سيرة المرض أو الأقل من آثارها والتغاضى عنها ومن المقابلات الأولى يمكن للأخصائي الاجتماعى أن يقدر مبلغ تقبل المريض للعلاج المقترح

واكتساب ثقة المريض حتى يقل أثر العوامل التى تعوق قدرة المريض لتقبل العلاج بكل ما يشتمل عليه من الناحيتين النفسية والجسمية.

وأهم مشاكل مرضى السرطان ثلاث:

١ - الحصول عل العلاج الطبى الكامل.

٢ - المشاكل البيئية التى يسببها المرض.

٣ - المشاكل النفسية التى تنتج عن مواجهة المريض لمرضه.

وحل المشكلة الأولى يتوقف على إمكانيات المريض وإمكانيات البيئة وعلى الأخصائي الاجتماعى أن يساعد المريض على الإسراع فى العلاج ومساعدة المريض لمعرفة الموارد العلاجية الموجودة فى البيئة والتمييز بين أنواع العلاجات المختلفة ومدى فاعليتها وتجنب علاج الوصفات البلدية إن وجد.

ودور الأخصائي بالنسبة للمشكلات البيئية هو محاولة إزالة ما يقف فى سبيل العلاج من عقبات مثل إعالة أسرته حتى يتمكن المريض من توجيه قدراته لمواجهة مرضه، وفى بعض الحالات يمكن للاخصائي توضيح هذه العقبات بالنسبة لبعض المرضى الذين لا يفصحون عنها والتنبؤ بالمضاعفات التى لا يدركها المريض حتى لا يحدث مستقبلاً ما يقطع سير العلاج مثل تكاليف الأغذية الخاصة والأجهزة الطبية وخلافه.

ودور الاخصائى بالنسبة للمشكلة الثالثة هو تكوين علاقة بالمريض دون خوف أو هلع لما يواجهه ودون تأنيب له لما يبديه المريض من تردد أو خوف وبذلك يستطيع المريض تقبل مرضه وما يتضمنه من علاج.

كما يتعين على الاخصائى إتاحة الفرصة للمريض للإفصاح عن مشاعره وطمأنينته وغير ذلك من ممارسة عمليات تبصيرية وتوضيحية لتدعيم ذات المريض [١١].

وتأسيساً على ما سبق إن أخصائي خدمة الفرد يمكن أن يكون قوة فعالة في الصراع ضد السرطان عن طريق تمكينه للعملاء من الحصول على الإهتمام الطبي المبكر والسريع وأن يستمروا تحت الرعاية أطول فترة ممكنة بقدر الإمكان. وأن يقدم للمريض مظاهر التشجيع عندما يكون العلاج المقدم غير واضحاً لأن الطبيعة الحقيقية لهذا المرض مصحوبة بمخاوف متعددة فبعض العملاء من خلال مظاهر الرفض أو تجنب العلاج، ينشدون حماية أنفسهم من المعلومات المتعلقة بوجود المرض.

ويمكن أن تمارس خبرات الأسرة والأصدقاء وأفكارهم عن السرطان تأثيراً خطيراً على إستجابة العميل للعلاج خلال أي مرحلة من مراحل مرضه ويجب ألا يسهل هذا التأثير في الخطة العلاجية للحالة. كما أن مكان أو موضع الورم الخبيث له دلالات ومعاني وجدانية وعاطفية معينة، والعلاج الذي يكون له نتائج تغير ملحوظ على الوظائف الجسمية أو على المظاهر التي تخلق اليأس وهذا يمكن تلطيفه إلى حد ما عن طريق تهيئة وإعداد الأسرة لعودة المريض من المستشفى والطبيب والممرضة يجب أن يقدموا المعلومات الطبية عن حالة المريض ويوضحون ويعلمون كل رعاية يفترض أن يتحملها أعضاء المنزل (١٢).

فالإعداد من أجل الإشراف في المستقبل يجب أن يكون مفهوماً بوضوح ويمكن لأخصائي خدمة الفرد أن يشجع العميل ويسهل إستفادته لمتابعة العلاج بصورة غير منقطعة وهذا يعني بمفهوم آخر حماية الحياة أو إطالة العمر.

إن مساعدته تعتبر أيضاً أمر هام لتوفير الموارد العلاجية من خلال المؤسسة التي تقدم المساعدات الاجتماعية أو من خارج المؤسسة من خلال مجالات خاصة أساسية أخرى يمكن أن تساعد في تحسين حالة المريض وتوفير سبل

راحته إلى أقصى حد ممكن. والفوائد الغزيرة التى يمكن تحقيقها من المعلومات والمهارات الطبية تظهر قيمتها حينما يستخدمها من يحتاجون إليها.

وأخصائي خدمة الفرد يمكن أن يعتبر العامل المساعد الذى يمكنه إتاحة هذه الفرصة للمريض بالسرطان.

الخدمة الاجتماعية والأمراض السيكوسوماتية

(الاضطرابات النفسية الجسمية)

التعريف بالأمراض السيكوسوماتية:

Psychosomatic هو لفظ مكون من مقطعين «سيكو» – "Psycho" ومعناه العقل أو النفس أو الروح life or Soul or Psyche، سوما "Soma, " ومعناه الجسم، ويستعملان للتعبير عن العلاقة بين النواحى النفسية أو العقلية والنواحى الجسمية وتأثيرهما على علاج المرض وإضطرابات الفرد (١٣).

وتعرف الأمراض السيكوسوماتية بأنها إضطرابات جسمية موضوعية، ذات أساس وأصل نفسى (بسبب الإضطرابات الانفعالية)، تصيب المناطق والأعضاء التى يتحكم فيها الجهاز العصبى الذاتى (١٤).

وتنشأ هذه الأمراض عادة من شدة القلق الذى يجد مجالاً للتنفيس عنه خلال أعضاء الجسم المختلفة، ولذلك يجب عند دراسة هذه الأمراض التعرف على شخصية الفرد فى مجالها الكلى، من حيث مشاكله التكيفية المختلفة. بمعنى أن يهتم الطبيب لا بالحالة الجسمية فحسب، وإنما أيضاً بمشكلات الفرد الإنفعالية.

ويلاحظ أن الإضطرابات السيكوسوماتية (النفسية الجسمية) – كإنعكاس لتوتر نفسى – أكثر حدوثاً فى الطبقة المتوسطة التى تتحمل

كثيراً من الكفاح والضغط والمجاراة للحياة الاجتماعية القائمة- كما يلاحظ أن هذه الاضطرابات أكثر حدوثاً عند الأفراد الذين يتميزون باستجابات إنطوائية.

وتتميز هذه الإضطرابات بتفوق الأعراض الجسمية على الحالة النفسية التى كثيراً ما يصعب ملاحظتها أو كشفها، فالمريض نادراً ما يشكو من قلق أو إنقباض، ولكنه عادة يشكو من إضطراب الوظائف الجسمية مثل فقدان الشهية والقيئ وألم الظهر والصداع وسرعة خفقان القلب... إلخ.

وهناك ثلاثة أنواع من الأمراض السيكوسوماتية وهى (١٥):

١ - أمراض وظيفية أعراضها جسمية ليس لها أساس عضوى.

٢ - أمراض عضوية فعلاً ولكن سببها إنفعالى.

٣ - أمراض عضوية ولكن بعض أعراضها ترجع إلى أسباب نفسيه لا إلى الحالة العضوية. هذه الإضطرابات جميعاً تنتج من التوتر الشديد الناشئ عن القلق وإذا أدى هذا التوتر إلى إضطراب فى وظائف الأعضاء الخاصة بالحس أو بالحركة سمى هستيريا تحوليه، وإذا أدى إلى إضطراب فى أعضاء الأجهزة الداخلية كالجهاز الهضمى والجهاز التنفسى والجهاز الغدى والدورة الدموية... إلخ، سمى ذلك أمراضاً سيكوسوماتية.

وعادة يصاحب العرض الفسيولوجى حالة انفعالية، فمثلاً يصحب حالة الغضب ا لحادة إرتفاع فى ضغط الدم، فإذا إستمرت الحالة الغضبية مع استمرار كبت النزعات العدوانية المصاحبة لها فترة طويلة إستمر إرتفاع ضغط الدم مع التوتر الزائد، كما قد يؤدى الغضب الحاد إلى إضطراب فى الجهاز الهضمى... إلخ.

وهنا قد نتساءل لماذا يصاب أحد الأفراد بإضطراب فى الدورة الدموية فى حين يصاب آخر باضطراب فى الجهاز الهضمى وثالث فى الجهاز الغدى،... إلخ.

يختلف أطباء الصحة العقلية فيما إذا كان هناك إرتباط بين نوع الشخصية وشكل الإضطراب. ويرى البعض أن إختلاف الأفراد فى نوع الأضطراب يرجع إلى إختلافهم فى مواطن الضعف من الناحية البيولوجية. ويرجع البعض مثل الكسندر وغيره الإختلاف فى نوع الإضطراب إلى نوع الصراع الذى يعانيه الفرد، فى حين يرى آخرون أن الإختلاف لا يرجع إلى نوع الصراع وإنما إلى إستعداد وراثى للإستجابة الجسمية لموقف الصراع بطريقة خاصة بالفرد.

أشكال الإضطرابات النفسية الجسمية:

عرفنا أن الإضطراب النفسى الجسمى يعتبر إستجابات لا شعورية جسمية للتوترات الإنفعالية. وعرفنا أيضاً أن الأجهزة التى تنتابها الإضطرابات النفسية والجسمية هى: الجهاز الدورى والجهاز التنفسى والجهاز الهضمى والجهاز الغددى والجهاز التناسلى والجهاز البولى والجهاز العضلى والهيكلى والجلد والجهاز العصبى.

وفيما يلى سوف نتناول اشكال الاضطرابات النفسية الجسمية فى أجهزة الجسم المختلفة [١٦]:

إضطرابات الجهاز الدورى:

وهى التى تحدث فى القلب والدورة الدموية. والقلب عضو هام حساس تؤثر فيه الإنفعالات تأثيراً شديداً كالحب والكرة والسرور والحزن... إلخ، ومن إضطرابات الجهاز الدورى ما يلى:

- **الذبحة الصدرية:**

وهى عبارة عن تقلص فى الشرايين التاجية يعوق سير الدم فيها موقتا، وينتج عن ذلك نقص فى تغذية عضلات القلب مما يسبب نقصاً فى الاكسجين اللازم لتمثيلها الغذائي، ويستتبع ذلك حدوث آلام فى الصدر وينتج عن ذلك الجلطة الدموية فى شرايين القلب مما يعرض حياة المريض للخطر.

عصاب القلب:

ويعبر عن مجموعة أعراض نفسية المنشأ مجملها إضطرابات عمل القلب، وأعراضه الخفقان واللغط وعدم الإنتظام والألم وتشنج القلب وقصر التنفس والتعب لأقل مجهود، ويصاحبه خوف الموت.

إرتفاع ضغط الدم:

يلاحظ أن الغضب المزمن يؤدى إلى إرتفاع مستمر فى ضغط الدم. وإستمرار إرتفاع ضغط الدم يضع عبئاً ثقيلاً على الأوعية الدموية قد يؤدى إلى نزيف فى المخ أو جهد زائد على القلب.

إنخفاض ضغط الدم:

ويصاحبه الإنهاك والعزوف عن أى عمل مرهق والرغبة فى النوم ويؤدى إلى الإغماء.

إضطرابات الجهاز التنفسى:

ومن هذه الإضطرابات:

الربو الشعبى أو العصبى ويشاهد فيه صعوبة التنفس نتيجة لتقلص الشعيبات وتورم أغشيته المخاطية وزيادة إفراز الغدد المخاطية القصبية والشعور

بالضغط على القفص الصدرى وضيق الصدر والنهجان وصعوبة مرور الهواء إلى ومن الرئتين، وتحدث النوبات عادة عقب إحداث إنفعالية. ومنها أيضاً التهاب مخاطية الأنف.

إضطرابات الجهاز الهضمى:

ومن هذه الإضطرابات ما يلى:

قرحة المعدة: أو القرحة الهضمية: يلاحظ أن القلق الوقتى يؤدى إلى إضطراب معدى مؤقت. كذلك يؤدى القلق المزمن إلى قرحة المعدة.

إلتهاب المعدة المزمن: ويشمل أعراضاً معدية مختلفة مثل عسر الهضم والتجشؤ أو الجشاء وإخراج الغازات بكثرة وقرقرة الأمعاء وآلام البطن.

إلتهاب القولون: ويشاهد فيه تناوب الإسهال والإمساك والتقلصات أو المغص وإمتلاء البطن بالغازات ووجود المخاط فى البراز.

فقد الشهية العصبى (الخلفة):

وفيه يشاهد رفض الطعام وعدم الرغبة فيه، وما يصاحب ذلك من نحافة ونقص الوزن وجفاف الجلد وبرودة الأطراف... إلخ. وقد يحدث نتيجة إضطراب الغدد.

الشراهة: وشراهة الأكل تكون فى الغالب نتيجة لرغبة جارفة ملحة كالحب ولتملك موضوع الحب.

التقيؤ العصبى: ويرتبط غالباً بالشعور بالذنب وكرمز لرفض الحمل أو مقاومة الرغبة فى الحمل، ومنها أيضاً الإمساك المزمن والإسهال.

اضطرابات الجهاز الغددى:

معظمها نقص إفراز الهرمونات أو فرط إفراز الهرمونات ومن أهم هذه الإضطرابات:

مرض السكر: حيث يضطرب التمثيل الغذائي للجلوكوز ويرتفع مستواه فى البول والدم نتيجة القلق والتوتر والضغط الإنفعالى.

البدانة: (السمنة المفرطة) حيث يزيد الشحم فى الجسم ويزيد وزن الجسم ٢٥ ٪ عن وزنه المعيارى. ويقول البعض أن الشخص البدين يعانى من الحرمان ويكون لديه حاجة للحب والعطف والأمن وتقدير الذات يشبعها ويعوضها رمزياً بالأكل.

إضطرابات الجهاز التناسلى:

ومن هذه الإضطرابات:

العنة (الضعف الجنسى عند الرجل)، **البرود الجنسى** عند المرأة، إضطراب الحيض **والإجهاض** المتكرر.

العقم: وهو فى نفس الوقت يعتبر سبباً مهيئاً ومرسباً للأمراض النفسية، ويبعث على الشعور بالنقص وعدم الكفاية وقد يستتبعه الضعف الجنسى وخيبة الأمل والشعور بالحرمان من غريزة الوالدية.

اضطرابات الجهاز البولى:

ومن هذه الإضطرابات:

احتباس البول، كثرة مرات التبول، سلس البول (البوال).

اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي:

ومن هذه الإضطرابات:

آلام الظهر (لومباجو)، التهاب المفاصل الروماتيزمي.

اضطرابات الجلد:

ومن هذه الإضطرابات:

الإرتيكاريا: وهى عبارة عن طفح جلدى بشكل بثور ناتئة يسبب حكاكاً قد يكون شديد أو يقال أنها تتمثل رمزياً البكاء المكبوت.

الحكاك: (الحكة) أو الهرش ويعتبرها الكثيرون تعبيراً عن العدوان المكبوت والتوتر النفسى والدافع الجنسى وتعبر عن عقاب الذات كاستجابة للشعور بالذنب.

الاكزيما العصبية: وهى مناطق جلدية بها هرش شديد وتظهر غالباً فى الرقبة وحول الحاجب وأعلى الصدر والأعضاء التناسلية ومنها أيضاً سقوط الشعر (الثعلبة)، فرط الحساسية، الحساسية، وبثور حب الشباب.

إضطرابات الجهاز العصبى:

ومن أهم هذه الإضطرابات:

الصداع النصفى (الشقيقة) يؤدى التوتر الانفعالى الزائد الذى يؤدى إلى إرتفاع ضغط الدم فى المخ إلى الصداع ويحدث أكثر لدى الإناث.

إحساس الأطراف الكاذب: ويحس به مقطوعوا الأطراف. إلا أن هذا الإحساس يبدأ فى الزوال مع الوقت حين يتوافق المريض.

تشخيص الإضطرابات النفسية ودور الخدمة الاجتماعية:

ويمكن تبسيط النموذج الأساسى للإضطراب النفسى الجسمى كما

يلى:

المثير	--->	المتغير الوسيط	--->	الإستجابة
(مثير يستثير توتراً نفسياً)		(حالة إستثارة إنفعالية بمصاحبات فسيولوجية)		(عرض أو مرض نفسى جسمى)

وعلى العموم فإن الأعراض الجسمية تعتبر إستجابة دفاعية ضد القلق والتوتر الذى ينشأ من الشعور بالذنب أو من نزعات عدوانية أو غير مرغوبة لا شعورية. ولذلك نجد أن المريض يحاول لاشعورياً الاحتفاظ بالأعراض الجسمية كوسائل دفاعية ضد القلق. ويمكن القول بأن العرض الجمى عبارة عن عملية انقاذ لا شعورية ضد القلق حتى لا يتمكن من الفرد وبطريقة تفوق احتماله، وظهور الأعراض السيكوسوماتية يرتبط عادة بحادثة نفسية معينه (١٧).

هذا وهناك ثمة إعتبارات يجب مراعاتها عند القيام بالعملية التشخيصية لهذه الإضطرابات السيكوسوماتية والتى يجب أن تكون عملية مشتركة بين الطبيب والاخصائى الاجتماعى:

أ - يجب أولاً الإهتمام بالفحص الطبى الشامل **والقيام بالدراسة النفسية الاجتماعية لحالة المريض**، وعند القيام بهذه العملية الدراسية يجب على الأخصائي الاهتمام بالمناطق الدراسية التالية:

١ - تاريخ حياة المريض:

من العلامات الدالة على أن الإضطراب نفسى جسمى، وجود إضطراب انفعالى يعتبر عاملاً مرسباً فقد أجرى ديفز وولسن إختبار على مجمعة عشوائية مكونة من مائتين شخص مصابون بالقرحة المعدية فوجد أن ٨٤٪ من

هذه المجموعة تكونت لديهم هذه القرحة وقت أن كان المريض يعانى اضطراباً عاطفياً ومشاكل شخصية مالية أو منزلية أو فى العمل.

٢ - أوجه ظهور المرض:

نقصد بأوجه ظهور المرض الأشكال المختلفة فالمرض السيكوسوماتى حينما يظهر يتخذ أشكالاً معينة من حيث:

أ - **وقت ظهوره**، ونعنى بظهوره هنا سواء لأول مرة أو ظهوره فى دوراته المختلفة، وتختلف هذه الدورات من ساعة إلى يوم إلى شهر إلى سنة.

ب - **حدة المرض**، حيث تختلف الأشكال المختلفة التى يتخذها المرض من حيث حدتها، ولا يوجد هنام سوى مستوى معين لذلك.

ويلاحظ أن كل مرحلة من المراحل التى يظهر فيها المرض يعقبها فترة سكون أو إختفاء المرض لمدد مختلفة، وقد أجريت عدة إختبارات فى هذه الناحية ظهر منها عدم وجود مستوى معين ثابت فيما يتعلق بدورة المرض وحدته ولكن إتضح أن المرض يظهر عقب تعرض المريض لظروف أو إضطرابات من نوع معين. وتنتهى فترة المرض أو حدته بإنتهاء هذه الظروف أو الإضطرابات أو حدوث شيئاً محبباً لدى المريض.

٣ - نمط شخصية المريض:

تتدخل شخصية الفرد إلى حد ما فى نوع المرض الذى يمكن أن يصاب به ، ويمكن هنا أن نذكر نوعين من أنماط الشخصية تتجه نحو التأثر بالأمراض السيكوسوماتية.

أ - الشخصية الهستيرية :

ويتسم الأفراد ذات الشخصية الهستيرية بالقلق والرغبة فى الحصول على

تأييد الآخرين لتصرفاتهم وجذب إنتباههم وكسب العطف بوسائل طفلية كما يتميزون بالسذاجة والتقلب الإنفعالى والتركيز حول الذات، وقد نجد بين الشخصيات الهستيرية هؤلاء الأشخاص المحرومين إجتماعياً أو من لديهم نقص عقلى أو الشخصيات السيكوباتية.

ب - الشخصية الوسواسية:

للشخصية الوسواسية سمات متنوعة تختلف من شخص لآخر لذلك نجد الشخصيات الوسواسية متنوعة تتجه كل منها بالإصابة بمرض يختلف عن الآخرين كما تتصف بنوع خاص من السلوك والصفات وهذه بعض الأمثلة التى توضح ذلك:

١ - يتصف المرضى المصابون بالتهاب الأمعاء بالنظافة والأناقة.

٢ - يهتم المرضى المصابون بالقرحة المعدية بالبحث عن الأمان وخاصة فى النواحى الإقتصادية والمالية والعمل.

٣ - يهتم المرضى بأمراض ناتجة عن مجهود بمشاكل الأخلاق والشرف والتدين.

٤ - يتجه المرضى المصابون بأمراض جلدية وخاصة مرض فروة الرأس الناتج عنها قشور الشعر بالإهتمام بالعمل والرغبة فى أداء الواجب بأنفسهم والشعور بعدم أدائه على الوجه الأكمل مما يبعث فى نفس الوقت صعوبة فى علاقاتهم الإجتماعية من الآخرين.

٥ - يتصف مرض الشريان التاجى بعدم التساهل فى العمل والرغبة فى الحصول على مسئولية مباشرة فى العمل أو وظيفة رئيسية.

٦ - وفى الإلتهاب المفصلى يشمل المرضى الذين لديهم الشعور الكبير بالواجب المرتبط بالتضحية بالنفس بشكل غير عادى.

والعلاقة بين أنواع وأنماط الشخصية ونوع المرض الذى يصاب به الشخص ليست باستمرار واحدة فمن الممكن أن يصاب الشخص الواحد بأمراض سيكوسوماتية مختلفة. ولكن ليس من المفروض أن تختلف شخصيته مع كل مرض.

٤ - التاريخ المرضى العائلى:

من العلامات الدالة على أن الإضطراب نفسى جسمى وجود تاريخ مرضى فى الأسرة لنفس المرض أو إضطراب مشابه، فمن المتفق عليه بوجه عام أنه توجد بعض الأمراض يحتمل أن يصاب بها ذوو التاريخ العائلى المضطرب ويطلق عليها مجموعة الأمراض العائلية كما أنه يمكن أن يقال أن هذه العائلة تتصف أفرادها بضعف المعدة، وأخرى يتصف أفرادها بضعف صدرى، وهكذا [١٨].

ب - يجب على الأخصائى المفارقة بين العرض النفسى الجسمى وبين العرض كأحد أعراض الأمراض النفسية الأخرى. فمثلاً قد تكون العنه أو الضعف الجنسى أو البرود الجنسى أو فقد ا لشهية العصبى ألإضطراباً نفسياً جسمياً فى حد ذاته وقد تكون عرضاً من أعراض الإكتئاب.

جـ - ويجب على الأخصائى المفارقة بين الأعراض النفسية الجسمية وبين الأعراض الهستيرية.

وفيما يل جدول يوضح أوجه الإختلاف بين الهستيريا والمرض النفسى الجسمى [١٩]:

الهستيريا	المرض النفسى الجسمى
- تصيب الأعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى المكزى.	- يصيب الأعضاء التى تسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى.
- الأعراض تعتبر تعبيرات رمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة وتخدم غرضاً شخصياً لدى المريض.	- الأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بتوازن الجهاز العصبى الذاتى.

علاج الإضطرابات النفسية الجسمية ودور الخدمة الإجتماعية :

تستعصى الإضطرابات النفسية الجسمية على العلاج الطبى أو الجسمى وحده أو العلاج النفسى أو الإجتماعى وحده، ولذلك فمن الضرورى الجمع بينهما وفيما يلى أهم معالم العلاج:

العلاج الطبى:

لعلاج الأعراض الجسمية، ففى حالة القرحة يتبع المريض نظاماً معيناً للأكل ويتناول الأدوية اللازمة وقد يستدعى الأمر التدخل العلاجى. وفى حالة البدانة والسكر يستعان بالأدوية وتنظيم الغذاء، وتستخدم المسكنات والمهدئات للتخلص من التوتر والقلق.

العلاج النفسى الإجتماعي :

وخدمة الفرد يمكنها أن تساهم بدور علاجى فعال فى هذا الشأن حيث

يقوم الأخصائى الإجتماعى بتناول النواحى الإنفعالية للمريض وحل مشكلاته الشخصية وحل الصراعات الإنفعالية والتنفيس الإنفعالى لإزالة القلق المزمن وإعادة الثقة فى النفس وتنمية البصيرة وتنمية الشخصية نحو النضج الإنفعالى بصفة خاصة. ونصح المريض بتجنب مواقف ا لإنفعال الشديد والإجهاد العقلى المتواصل.

كما يمكن للأخصائى القيام بالمقابلات الجماعية (خدمة الفرد الجماعية) مع الحالات المتشابهة الأعراض مثل السمنة والقرحة ... إلخ. أما الإضطرابات الجنسية مثل العنة والبرود الجنسى ... إلخ فهى تحتاج إلى مقابلات فردية، وعلاج الشرح والتفسير لشرح العلاقة بين الإنفعال ورد الفعل الفسيولوجى . وإعادة تعليم المريض بخصوص الأفكار الخاطئة وما إلى ذلك.

بالإضافة إلى ماسبق يتعين على الأخصائى الإهتمام بالعلاج البيئى لتخفيف الضغوط على المريض فى الأسرة أو العمل ... إلخ ولتحسين حياة المريض بتعديل ظروفها.

وفى حالة وجود الإضطراب النفسى الجسمى لدى الأطفال يوجد العلاج التعديلى إلى الوالدين وخاصة الأم. وقد يستدعى الحال علاج الأسرة كلها فى بعض الحالات [٢٠].

وبعد فنستطيع القول دون تردد [٢١] أنه لايوجد مرض جسمى بحت، يؤثر فى الجسم دون النفس.

كما أنه لايوجد مرض نفسى بحت يؤثر فى النفس دون الجسم، وذلك لأنه لايوجد جسم بدون نفس إلا الجماد والجثث، كما أنه لاتوجد نفس بدون جسم إلا الأرواح والأشباح.

مراجع الفصل التاسع

١ - عبد الفتاح عثمان، الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى ومجال رعاية المعوقين، ط ٢ ، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٧، ص ص ١٩ ، ٢٠.

٢ - عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين فى المجتمعات النامية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٤، ص ص ١٤٨ ، ١٤٩.

٣ - أميرة صادق الطنطاوى، فاتن عبد اللطيف، مبادئ صحة المجتمع، الإسكندرية، ب . ت ، ١٩٩٢، ص ص ١١٦ ، ١١٧.

٤ - عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين فى المجتمعات النامية، مرجع سابق، ص ١٤٩ .

٥ - محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، ط ٢ ، القاهرة، دار المعرفة، ١٩٨٥، ص ١١١ .

٦ - عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٦٩، ص ١٧٥ .

٧ - محمود محمد الزينى، الخدمة الإجتماعية للمعوقين وذوى العاهدات، مرجع سابق، ص ٧٩.

٨ - محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مرجع سابق، ص ١١٢ ، ١١٤.

٩ - انظر : قرار وزارة الصحة رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠، الخاص بواجبات الخدمة الإجتماعية الطبية.

١٠ - إقبال محمد بشير، إقبال مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الإجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ب. ت.، ص ص ١٠٠، ١٠٣.

١١ - محمود محمد محمد الزينى، الخدمة الإجتماعية للمعوقين وذوى العاهات، مرجع سابق، ص ص ٦٦ - ٧٣.

١٢ - إقبال محمد بشير، إقبال مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الإجتماعية، مرجع سابق، ص ١٢١.

١٣ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ٤.

١٤ - حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط ٢، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٨، ص ٢٧٥.

١٥ - إنتصار يونس، السلوك الإنسانى، القاهرة، دار المعارف بمصر، ١٩٧٢، ص ص ٤٠٨، ٤٠٩.

١٦ - لمزيد من التفاصيل فى مضمون الإضطرابات السيكوسوماتية انظر :

حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، مرجع سابق، ص ص ٤٨٠ - ٤٨٥.

١٧ - انتصار يونس، السلوك الإنسانى، مرجع سابق، ص ٤١٠.

١٨ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ص ١٢ - ١٦.

١٩ - حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، مرجع سابق، ص ص ٤٧٨ ، ٤٧٩.

٢٠ - قارن : حامد عبد السلام زهران، المرجع السابق، ص ٤٨٦.

٢١ - لمزيد من التفاصيل فى مضمون الإضطرابات السيكوسوماتية انظر : عمر شاهين، يحيى الرخاوى، مبادئ الأمراض النفسية، ط ٣ ، القاهرة، مكتبة النصر الحديثة، ١٩٧٧، ص ص ٤١٥ - ٤٣٢.

الفصل العاشر

الأخصائى الاجتماعى الطبى

تقديم ...

تتكامل طرق مهنة الخدمة الاجتماعية (خدمة الفرد - خدمة الجماعة - تنظيم المجتمع) حتى تحقق الهدف من ممارستها وهو قيام الفرد والجماعة والتنظيم بأدوارهم ووظائفهم الاجتماعية من خلال مساعدتهم على مواجهة مشكلات وإشباع حاجاتهم المتنوعة.

وحينما يقوم الأخصائى الاجتماعى بدوره داخل المؤسسات والتنظيمات الحكومية والأهلية، فإنه هنا يتعامل مع الموقف، فقد يعمل مع عميل فى مشكلة أو يعمل مع جماعة أو يعمل مع تنظيم، وفى هذه الحالات والمواقف فإن على الأخصائى الاجتماعى بما لديه من تراث نظرى ومعارف بجانب خبرته العملية فى الممارسة أن يتعامل مع مثل هذه المواقف. وسيناقش هذا الفصل دور الأخصائى الاجتماعى الطبى مع الأفراد والجماعات داخل المؤسسة الطبية، مع التحديد لطبيعة الإعداد المهنى لهذا الأخصائى، وما قد يواجهه من صعوبات تحد من فعالية دوره المهنى فى هذا المجال:

الإعداد المهنى للأخصائى الاجتماعى الطبى:

من المعروف فى الإعداد المهنى أن التحصيل واكتساب الخبرات والمهارات يحقق الفائدة منه لو استند إلى الاستعداد الشخصى بالنسبة للمهنة التى يريد الإنسان أن يهيىء نفسه لممارستها والتى ترتفع من كفاءته فى أدائها لخدمة الآخرين بعد التزود بقسط كاف من المعرفة والتدريب فى مجال المتخصص ليصقل نفسه حتى يكون معداً للقيام بأعباء وأعمال مهنية.

الإستعداد المهنى:

إذا تحدثنا عن الإستعداد فيمكن عرض الخطوط العريضة للصفات التى يجب أن تتوافر إلى أقصى حد ممكن فى ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية:

١ – قدرات جسمية وصحية مناسبة بالقدر الذى لايثير فى العملاء أحاسيس الإشفاق أو الرثاء وأيضاً لتكون مناسبة قياسهم بواجباتهم فى عملهم.

٢ – إتزان إنفعالى مع إتزان فى الشخصية يكسب صاحبه القدرة على ضبط النفس والنضج والإنفعالى الذى لاتشوبه نزعات إندفاع وعدم تحمل مسئوليته.

٣– إتزان عقلى مناسب، يتضمن معارف ومعلومات عامة من العلوم المهنية المختلفة مع نسبة ذكاء مناسبة مع سرعة البديهة مع بعض القدرات الخاصة كالقدرة التعبيرية واللفظية.

٤– قيم اجتماعية تتضمن سمات أخلاقية سوية، والتحكم فى نزعاته وأهوائه الخاصة وقادر على السيطرة على مشاكله الخاصة وفصلها جانباً حيثما يتصدى لمساعدة الآخرين. ومن أبرز هذه القيم سعة الصدر وحب الناس، والاجتماعية والبعد عن السلوك الإنفعالى أو التهكمى في علاقته بالآخرين، وحسن السمعة والتجاوب مع متطلبات المجتمع ومشكلاته وأحداثه.

٥– الاخصائى الاجتماعى الطبى يجب أن تتوافر فيه بالإضافة إلى الصفات السابقة الانتباه الكافى الذى يجعله يدرك وجهات نظر من يقيمون على علاج المريض وأن يكون شجاعاً لايخاف من المرض أو يرهب العدوى وألا يتأفف من القذارة أو المناظر غير المريحة وأن يدرك القيم المختلفة للحياة[1].

كما يتميز الأخصائى الطبى بسمات شخصية بشوش متزن، كحسن الأنصات الإيجابى المتفاعل، ذات عواطف دافئة واضحة معبرة فى أحاسيسه وفى خلجاته دقيق الإدراك، شفاف الحس، فطن، قادر على الربط بين العلم قادر على نقد ذاته، يعترف بالخطأ ويسعى لطلب المساعدة والنصح من مشرفيه، مسيطر على دفاعياته دون عناد أو إصرار، مسيطر على نقائضه ونزعاته الخاصة التى لامفر من وجودها بحيث يتمكن من أن يهب نفسه للغير فى راحة ودون عناء أو تظاهر، متحرر من الداخل فى وعى ذكى، وإرادة حاسمة مع سعة صدره وقدرة فائقة على ضبط النفس .. كما أن عليه أن يكون أميناً دقيقاً فى التعبير عن عواطفه حتى يتحرر من الخوف ليستطيع أن يمنح الأمن للآخرين، ولكنه أخيراً إنسان يحب ويكره كسائر الناس أجمعين. فهل يمكن والحالة هذه أن يهب حبه لآخرين لايستشعره حقيقة من الداخل بصدق وأمانة؟ أو هل يمكن له أن يكره كحقه فى الكراهية إنساناً معيناً من الناس فى حياته العادية. ثم يتحول إلى (محب) لهم وراغب فيهم إذا ما أصبحوا عملاء؟[٢].

الإعداد المهنى:

أ) الإعداد النظرى:

يجب أن تتضمن دراسة طالب الخدمة الاجتماعية وخاصة فى المجال الطبى بعض المعارف والعلوم منها:

١- معلومات طبية مبسطة يجب أن يلم بها الاخصائى الاجتماعى ولايعنى ذلك معرفة طبية وعميقة ولكن بالقدر الذى يعلم الأمراض وبمسبباتها وخصوصاً تلك الأمراض التى يكثر الإصابة بها وتتميز بطابع الخطورة والتى تستوجب العلاج بالعزل على البيئة كما فى الدرن وفهم المصطلحات الطبية الشائعة فى الميدان الطبى، على أن

يلجأ للطبيب فى النواحى الطبية ولايعتمد على معارفه فى كل المواقف.

٢- معرفة الاحتياجات والخصائص النفسية للمرضى، فعلم النفس الاجتماعى والطب النفسى، والاجتماع تعتبر مصادر أساسية للاخصائيين الاجتماعيين الطبيين فى فهم معانى بعض الألوان السلوكية والأعراض النفسية عند المريض فى المراحل المرضية المختلفة والتى يجب أن يعاملها بالطريقة التى تقل من آثارها السيئة على سير المرض.

٣- دراسة مستفيضة لأسس الخدمة الاجتماعية وطرقها ومجالاتها مع التركيز على الخدمة الاجتماعية الطبية.

٤- ثقافة واسعة بالمسائل التأهيلية والقانونية وغيرها التى تعين الاخصائى الاجتماعى الطبى فى عمله كالقوانين الخاصة بالتأهيل المهنى، والتأمينات الاجتماعية ومعاشات العجز والإصابة، وقوانين الضمان الاجتماعى والتى تساعده فى توجيه وتنبيه المرضى للحصول على حقوقهم.

٥- أن يكون على علم ووعى المشكلات الناتجة عن المرض.

٦- الإلمام التام بالاحتياجات البشرية فى حالة المرض وأثناء العلاج.

٧- معرفة واسعة بالمصادر التى يمكن الاستعانة بها فى تكملة خدمات المستشفى لدور النقاهة ومؤسسات التأهيل المهنى والمؤسسات الاجتماعية ومكاتب العمل لمساعدة المرضى للاستفادة من إمكانيات المجتمع فى أثناء المرض وما بعده.

ب) التدريب العملى:

التدريب العملى على مسئوليات وأعمال الأخصائى الاجتماعى الطبى ويجب أن يهتم بهذا التدريب فى البرامج الموضوعة لإعداد الاخصائى الاجتماعى الطبى حيث الممارسة هى التى تصقل الاستعداد والإعداد النظرى. على أن يكون هناك إشراف فنى على مستوى عال فى الكفاءة والخبرة.

الأدوار الوظيفية للأخصائى الاجتماعى الطبى:

إذا أردنا أن نصيغ عبارة مختصرة نحدد فيها دور الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى، فإنه يمكننا القول أن هذا الدور ينحصر فى تطبيق طرق الخدمة الاجتماعية فى نطاق المؤسسة الطبية – على الوجه التالى:

١ – العمل مع حالات المرضى ذوى المشكلات (مستخدماً طريقة خدمة الفرد).

٢ – العمل مع جماعات المرضى (مستخدماً طريقة خدمة الجماعة).

٣ – العمل مع مجتمع المؤسسة العلاجية (مستخدماً طريقة تنظيم المجتمع).

وذلك بالإضافة إلى استخدامه لطريقتى البحث الاجتماعى والإدارة الاجتماعية.

وتوضيحاً لهذه الجوانب يمكننا عرضها على الوجه التالى:

أولاً: دور الأخصائى الاجتماعى الطبى مع الحالات الفردية:

يقوم الأخصائى الاجتماعى بمساعدة المريض على إسترداد وظائفه الاجتماعية بعد العلاج، وذلك بإزالة الأسباب المعترضة لإتمام العلاج

الصحيح، والعمل على إعادة تلاؤم المريض مع بيئته بعد خروجه من المستشفى، مستعيناً الأخصائى فى ذلك بطريقة خدمة الفرد.

ويقوم الأخصائى الاجتماعى بعمله من خلال التعاون مع الفريق الطبى الطبيب والممرضة وجميع العاملين بالمستشفى حتى يستطيع الجميع التعاون والتكامل فى تقديم الخدمات الطبية للمريض.

ويقوم الأخصائى بالتعرف على المريض والتعرف على شكواه والتاريخ المرضى والاجتماعى بعد ذلك مقابلة الطبيب المعالج لمناقشة شكوى المريض، وفى هذه الفترة يحاول الاخصائى الاجتماعى معاونة المريض للتعبير عن شكواه وتوضيح وتفسير المواقف الغامضة، ومساعدة المريض على إتخاذ القرار الملائم فى إطار كافة الاحتمالات المختلفة.

والجدير بالذكر أن الأخصائى يساعد المريض فى إتخاذ القرار الصائب الخاص بالعلاج الذى يكون قد تردد فى أخذه ومقاومته للأسباب الآتية:

أ- الأسباب الشخصية والوجدانية وقد يكون مرجعها إلى:

١- الخوف الصريح من الموت.

٢- قد يكون لدى المريض شك فى قيمة العلاج الطبى.

٣- يرفض بعض المرضى دخول المستشفى لإرتباطها ببعض التجارب المؤلمة فى حياتهم، كإرتباطها بالموت أو بتجربة فاشلة، كما ترتبط بعض المستشفيات فى أذهان المرضى بأفكار مزعجة كالأشباح والأرواح والموت ودور الأخصاذى هنا محاولة بث الإطمئنان فى نفس المريض وإزالة هذه المخاوف.

٤- وجود بعض المخاوف اللاشعورية بسبب تجارب مريرة كبتت فى الصغر

لتخويف الأطفال بالأطباء والجراحة والبتر وما إلى ذلك، وقد يتطلب الأمر إحالة المريض إلى طبيب نفسى.

٥- قد يتردد المريض فى قبول العلاج الداخلى خوفاً من أن تطول فترة إقامته بالمستشفى وتتوقف خططه فى الحياة.

٦- يتهيب بعض المرضى من المستشفيات والعيادات لما يميزها من رائحة المطهرات الخاصة ومنظر الأدوات الجراحية والسكون الرهيب، وفكرة المريض عن التخدير والموت والمشرحة.

٧- قد يخشى بعض المرضى الجراحة لما يذكر عن التخدير وخوف المريض فى الإفضاء بأسرار لايريد أن يعرفها أحد غيره.

٨- قد يخشى بعض المرضى عملية التخدير لإرتباطها بالموت لما يشاع عن موت بعض المرضى «تحت التخدير».

٩- يخشى بعض المرضى إجراء العمليات الجراحية ويتوهم لما يخفيه له الغيب من حدوث عاهات أو عجز يقعده عن أداء أعماله وأدواره الاجتماعية.

١٠- الخوف من الآلام التى تصاحب الجراحة وما بعدها.

١١- الخوف من التعطل بعد إجراء الجراحة وفقد المكانة داخل الأسرة.

١٢- خوف المريض من تقييد حركته ونشاطه وخاصة إذا نتج عن الجراحة عاهة مستديمة.

١٣- خوف المريض من إعتماده على أهله فى المعيشة طوال فترة العلاج.

١٤- الخوف من خروج الأبناء أو الزوجة للعمل لمقابلة احتياجات الأسرة بعد إنقطاع دخل عائلها.

١٥- الخوف من أن تضطر الأسرة إلى طلب المساعدات المالية من الجهات التى تقدم المساعدات والإعانات.

١٦- خوف المريض أن يكون مصدراً لعدوى الغير خاصة إذا كان مرضه معدى.

ب- البعد الاقتصادى وعلاقته بمقاومة المريض للعلاج:

١ - إرتفاع تكاليف العلاج وتأثيره على إرهاق ميزانية الأسرة مما يجعل المريض يقاوم فكرة العلاج.

٢- قد تطول فترة العلاج وتواصل الأسرة دفع النفقات مما يؤدى إلى قصور الميزانية وبالتالى التأثير على تعليم الأبناء أو بيع بعض الممتلكات.

٣- خوف المريض من دفع قيمة العلاج أو الإستمرار فى المستشفى لتدهور حالة الأسرة المالية.

٤- قد يخشى المرضى التعامل مع المستشفيات العامة مع عدم مقدرتهم على العلاج فى مستشفيات خاصة الأمر الذى يؤدى إلى معايشة المرض.

٥- قد يغادر المريض المستشفى متعجلاً قبل إتمام الشفاء لإنقاذ أسرته من الضياع.

٦- قد يشير الطبيب على المريض بالتغذية والراحة ولكن لايستطيع المريض الإلتزام بذلك لعدم إرهاق دخل الأسرة وعدم الوفاء باحتياجاتهم.

٧- قد ينصح الطبيب بتغيير نوع العمل أو المسكن لتحسين حالة المريض ولكن يحول دون ذلك إنخفاض مستوى المريض اقتصادياً.

جـ- العلاقات الاجتماعية وعلاقتها على المريض:

١- قد يخشى المريض على أسرته من قيام آخرين لرعاية أسرته والخوف على أبنائه من الضياع.

٢- قد تقاوم الأم العلاج لخوفها على أبنائها وأسرتها.

٣- قد يخشى المريض معرفة مرضه من الآخرين وخاصة إذا كان المرض معدياً.

٤- خوف المريض من إنقطاع علاقته بزملاؤه وأصدقائه إذا اكتشفوا حقيقة مرضه.

٥- الخوف من بعض العمليات التى قد تؤثر على الجنس وبالتالى إنهيار الأوضاع العائلية.

٦- قد تضيق الزوجة بمرض زوجها المزمن أو العكس وتتعرض الحياة العائلية للإنهيار.

د- الأسباب الكامنة فى بيئة المريض:

١- كثيراً ما تهون من شأن المرض و يرون أن العلاج بالوصفات البلدية هو أساس العلاج السليم.

٢- قد تسخر بعض البيئات من بعض المرضى وخاصة ذوى الأمراض المعدية مما يؤدى بالمريض إلى إخفاء طبيعة مرضه ومقاومة التردد على الأطباء.

٣- إنتشار السمعة السيئة على بعض المستشفيات العامة مما يخشى المريض على نفسه منها.

٤- الجهل بأعراض المرض وعدم إدراك التأثير فى العلاج.

٥- عدم وجود دور النقاهة.

٦- نقص الإمكانيات والمؤسسات الخاصة بالتأهيل المهنى.

٧- قلة إستيعاب المرضى فى المستشفيات العامة ونقص الامكانيات بها.

ومن خلال العرض السابق للأسباب الكامنة وراء خوف المريض من إجراء العمليات الجراحية والسعى للعلاج، سنحاول عرض لدور أخصائى خدمة الفرد فى المجال الطبى (فى المستشفى).

وللأخصائى الاجتماعى دور هام فى التعرف على مشاكل المريض المختلفة وتميزها وحصر نتائجها وآثارها السيئة لإعتبارها فى عملية التفاعل التى يجب أن تنشأ بينه وبين المريض وأسرته والطبيب والموارد البيئية المناسبة.

وهنا للأخصائى الاجتماعى دور هام مع المريض فى التعرف على مرضه والتاريخ الاجتماعى للمرض، والمشاكل الاجتماعية المصاحبة للمرض، دراسة الحالة والأحوال البيئية التى يعيش فيها، شخصية المريض، الحالة الاقتصادية للمريض ومصادر الدخل، المؤسسات التى لجأ إليها المريض، معاملة الأسرة للمريض.

وبعد أن يقوم بالدراسة يقوم الأخصائى بتشخيص المشكلة ووضع خطة العلاج البيئى والذاتى وأن يهتم فى خطة العلاج بالأبعاد الآتية:

- تأهيل المريض بعد شفاؤه للمرض.
- شرح أبعاد المرض للأسرة وكيفية التعامل معه.
- مساعدة المريض على إيجاد عمل مناسب.

- تذليل الصعوبات أمام العميل وقيام المؤسسات المجتمعية بتقديم الخدمات المادية واللامادية له.

- وضع خطة لشغل وقت فراغ المريض.

ويحاول أخصائى خدمة الفرد تخفيف الهواجس والأوهام التى قد تؤثر على الجانب النفسى للمريض(٣).

ويختلف أهمية دور الأخصائى الاجتماعى بإختلاف طبيعة المرض، وغالباً ما يكون هاماً فى حالات الأمراض المزمنة والناجمة عن عوامل وجدانية بجانب العوامل الاقتصادية والبيئية، ويقل دوره أهمية فى حالات الجراحة البسيطة أو الخالية من المقاومة وحالات الأمراض الحادة القصيرة الأمد اللهم إلا إذا كانت الأسرة فى حاجة إلى رعاية خاصة أثناء غياب الأم بالمستشفى أو بدور النقاهة.

ويمكن عرض مسئوليات وجهود الأخصائى الاجتماعى الطبى فى الجوانب الآتية:

أولاً: مسئوليات الأخصائى الاجتماعى فى التنظيم الداخلى بالمستشفى:

تتضح مسئوليات الأخصائى الاجتماعى فى تنظيم المؤسسة الطبية وذلك من خلال تنظيم عمل قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى تنظيماً يضمن وجود الإمكانيات لمقابلة المرض بحيث يكفل سرية المعلومات، يقوم بمسئولية تسجيل الحالات وحفظها فى ملفات تكفل سريتها، وإبداء الرأى فى تنظيم العمل بالمؤسسة الطبية ... إلخ.

ثانياً: مسئوليات الأخصائى الاجتماعى نحو المجتمع:

وتتلخص هذه المسئوليات فى تنوير الرأى العام فى المجتمع بوجود قسم

للخدمات الاجتماعية فى المستشفى، يتعاون مع القيادات فى البيئة المحيطة يكفل الحصول على مساعدات تمنح للمحتاجين من المرضى، كما يقوم بمتابعة المرضى فى بيئاتهم وذلك من خلال الزيارات المنزلية مع توعية الأسرة والبيئة المحيطة بطبيعة الأمراض وكيفية الوقاية منها.

كما يقوم الأخصائى الاجتماعى بزيادة الوعى ونشر الثقافة الصحية فى المجتمع وذلك عن طريق المحاضرات والندوات إما لجماهير المرضى أو لجماهير المجتمع يحضرها المختصين فى كل التخصصات.

ثالثاً: مسئوليات الأخصائى الاجتماعى تجاه المرضى:

وتتلخص الوظائف والمسئوليات الفنية للأخصائى الاجتماعى فى الجوانب الآتية:

١- شرح وظيفة المؤسسة الطبية أو العيادة ودور العاملين فيها.

٢- بحث التاريخ الاجتماعى والمرضى للمريض لمساعدة الطبيب على تشخيص المرض.

٣- إعداد المريض لتقبل أنواع الاختبارات الطبية.

٤- تفهم المريض حقيقة المرض (إذا لم تزعجه) وتوضيح معنى المصطلحات الطبية التى تخيفه، ومعاونته فى تنفيذ الخطة العلاجية.

٥- قد يتم تحويل المرضى وأسرهم إلى المؤسسات الطبية أو الاجتماعية التى يمكن أن تقدم لهم أنواعاً من الخدمات والمساعدات.

٦- إعداد وحفظ السجلات الاجتماعية للمرضى.

٧- إعداد الشهادات والتقارير التى يمكن أن تساعد المريض وأسرته على

الحصول على بعض الخدمات أو المساعدات من المؤسسات المتخصصة فى ذلك.

٨- القيام بالأبحاث التى تساعد المؤسسة الطبية من تطوير خدماتها أو إستكمال إمكانياتها.

٩- القيام بدور فعال فى العمل مع مسئولة التمريض لفهم طبيعة المرض والحالة النفسية والوجدانية للمريض وكيفية التعامل معه.

١٠- ومن واجبات الأخصائى الاجتماعى تناول بيئة المريض بالتعديل سواء كان ذلك بتعديل إتجاهات الأقارب أو بإحداث ما يلزمه من عوامل خاصة، وإستغلال الموارد البيئية لصالحه فى فترة النقاهة.

١١- القيام بتتبع الحالات المرضية التى تركت المستشفى وتحتاج إلى متابعة دائمة لتهيئة البيئة لها.

ويمكن فى بعض الحالات توفير رعاية صحية بالمنزل عن طريق ممرضة زائرة كما فى حالات الشلل والمرض المزمن، وذلك لكى توفر للمريض أطيب رعاية فى ما يحيط به من إمكانيات.

١٢- وللأخصائى الاجتماعى دور فى تخفيف حدة الشعور بالملل التى يعانى منه المريض نتيجة مرضه، ولذا يهتم الأخصائى بشغل أوقات فراغ المرضى أن يراعى إختيار ألوان من الترفيه ولابد من مراعاة فردية المرضى حرصاً على عدم إرهاقهم وألا يكون ضاراً بصحتهم ولابد من أخذ رأى الطبيب المعالج فى ذلك. ويمكن حصر أنواع الترفيه عن المرضى فى:

القراءة الخفيفة، الفنون البسيطة، الأشغال اليدوية البسيطة، الألعاب الهادئة المسلية، عرض الأفلام الترفيهية، أو بمعنى آخر أن تكون هذه

البرامج غير مرهقة للمريض من جانب، وتجد رغبة وقبولاً منهم من جانب آخر، بالإضافة إلى أنها تقلل من الوحدة والشعور بالملل من جانب ثالث.

ثانياً: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل مع الجماعات:

تتكامل طريقة خدمة الجماعة مع طرق الخدمة الاجتماعية في تقديم كافة أوجه الرعاية الاجتماعية والنفسية للمريض للمساعدة على الخروج من حالته التي إرتبطت بالمرض وعودته إلى أداء أدواره الاجتماعية في الحياة العامة.

ولذا تهتم خدمة الجماعة في المجال الطبي بتحقيق الأهداف الآتية:

١- مساعدة المريض على مقاومة المرض والإستفادة من أوجه العلاج.

٢- تأهيل المريض اجتماعياً حتى يستطيع أن يقوم بدوره في الحياة العامة.

٣- زيادة ثقة المريض في نفسه وفي قدراته.

٤- مساعدة المريض على تغيير اتجاهاته إزاء المرض حتى لايستسلم للمرض.

٥- مساعدة المريض على إستغلال طاقته المتبقية دون إرهاق ووضع الخطط العلمية لمساعدة المريض على القيام بواجباته ومسئولياته.

٦- مساعدة المريض على تنمية مهاراته وقد يتم تعليمه مهارات جديدة تتمشى مع حالته الصحية.

الاحتياطات الواجب مراعاتها مع جماعات المرضى:

١- الحالة الجسمية الناجمة عن المرض.

٢- إستجابة كل مريض لمرضه، فهناك اختلاف في إستجابة المرضى لمرضهم حتى ولو كان المرض واحد.

٣- إقامة علاقة طيبة وقوية بين كافة المرضى والأخصائى الاجتماعى.

٤- يجب أن يراعى الأخصائى الاجتماعى التجانس بين جماعات المرضى.

٥- يجب التدقيق والاختيار للبرامج التي تلائم الحالة النفسية والجسمية والاجتماعية للمرضى.

٦- يجب أن يحرص الأخصائى الاجتماعى على مواقف التدخل فى حياة جماعة المرضى وفقاً لنوع الموقف والآثار المترتبة على تدخله أو عدم تدخله.

٧- يستعين الأخصائى الاجتماعى بالطبيب والفريق المعاون أثناء وضع البرنامج حتى تتلائم مع المرضى وقدراتهم وإستعداداتهم.

٨- يجب أن يقوم الأخصائى الاجتماعى بدراسة الجماعة بصفة دائمة للوقوف على التغيرات التى قد تطرأ على الأفراد والجماعات ومحاولة مسايرة البرنامج لهذه التغيرات.

الأسس الواجب مراعاتها فى تكوين جماعات المرضى:

إذا كان أخصاذى الجماعة يعطى أهمية لمبادئ خدمة الجماعة والأسس الواجب توافرها فى تشكيل الجماعات فإن هناك أهمية عظمى فى الإهتمام بهذه الأسس فى تكوين جماعات المرضى يمكن إيجازها فيما يلى:

١- إختلاف المقدرة الجسمية وخاصة إذا كان هناك تباين واضح فى القدرات الجسمية.

٢- إختلاف الأنماط السلوكية للمرضى إختلافاً كبيراً يعمل على تفكك الجماعة وعدم وحدتها.

٣- إختلاف الحالة الجسمية والنفسية للمرضى يجعل مثل هذه الجماعات غير متجانسة لإختلاف الحالة النفسية والجسمية مما يؤدى إلى اختلاف الاحتياجات.

٤- مراعاة الفروق الفردية بين الأعضاء ولذا وجب دراسة الجماعة ومحاولة وضع البرامج التى تقلل من تأثير هذه الفروق على حياة الأعضاء.

وهنا يمكن القول أن هناك مستوى معين من تجانس الجماعة يساعد على زيادة التفاعل والنمو هذا لايعنى أن هناك جماعة متجانسة بشكل مطلق، ولكن يمكن عرض بعض المعايير التى من شأنها أن تحقق التجانس لجماعات المرضى.

١- المشاكل المتعلقة بالمرض:

فقد يعمل الأخصائى على تكوين جماعات تضم مرضى لهم مشاكل متشابهة متعلقة بالمرض، ويعتبر ذلك مفيداً كى تقوم الجماعة ببرامج داخل المستشفى لحل تلك المشكلات، أما المشكلات الخارجية فإن المناقشات التى تدور داخل الجماعة تساعد الأعضاء فى التغلب عليها.

٢- نمط استجابة المريض:

قد يعتبر نمط الاستجابة للمرض معياراً للتجانس فبعض المرضى يعوقهم المرض للتغلب على مشاكلهم الأسرية، والآخرون يهربون من المشاكل التي تصادفهم، والبعض الثالث يجبرهم المرض فى الإعتماد على الغير، ولذا قد يكون تكوين الجماعة على أساس نمط الإستجابة للمرض لتعديل ذلك النمط من خلال البرامج والأنشطة التى يضعها الأخصائى.

٣- الحالة الجسمية:

قد تتكون الجماعة من مرضى متقاربون فى المقدرة الجسمية، وبذلك يسهل وضع وتصميم برنامج يشترك الجميع فى تنفيذه.

٤- مدة البقاء فى المستشفى:

قد تتكون جماعة من المرضى الذين قضوا فترة طويلة بالمستشفى، وتفيد هذه الجماعة فى الإشتراك فى الخدمة المقدمة للمرضى الجدد وتعريفهم بالأطباء والأماكن، هذا بجانب وضع البرنامج فى حدود فترة بقاء المرضى داخل المستشفى بجانب نوع المرض.

٥- العنبــــر:

قد يكون مرضى كل عنبر جماعة، لأن العلاقات الاجتماعية لمرضى كل عنبر قوية، ووجودهم فى عنبر واحد يكون نوعاً من التماسك، غير أن تكوين جماعة على أساس مكان البقاء قد لايوفر قدراً من التجانس.

٦- المستوى العمرى:

قد تتكون جماعة من المرضى فى سن الطفولة أو المراهقة، أو الشباب أو الكهولة، لأن لكل فئة عمرية قدر من التفاهم والتجاوب والاحتياجات.

٧- الهوايات الخاصة:

قد تكون وسيلة لتحقيق قدر من التجانس فى جماعات المرضى خاصة إذا كانت هذه الهواية تتمشى مع حالتهم الصحية، ولذا يجب على الأخصائى أن يراعى قدر من تجانس الجماعة، بجانب أن يراعى أن بعض عدم التجانس قد يفيد الجماعة ويساعدها فى عملها كوحدة.

ويعمل الأخصائي الاجتماعي من خلال فريق عمل بحيث يعمل الجميع لتقديم أوجه الرعاية الطبية والاجتماعية والنفسية للمريض ويمكن توضيح تكوين فريق العمل بالمستشفى على النحو التالي:

أ- فريق مكون من الأطباء والممرضين والأخصائيين الاجتماعيين لمناقشة حالة المريض والجوانب المرتبطة .بالمرض وتشخيص الحالة ووضع خطة للعلاج ودور كل تخصص في الحالة.

ب- الاجتماعات الدورية مع فريق الخدمة الاجتماعية بالمستشفى لوضع الخطط العامة للخدمة الاجتماعية وخطة كل قسم في المستشفى.

حـ- الاجتماعات لكل العاملين في المستشفى للتنسيق والتكامل بين كافة الأقسام والتخصصات وتقيم كافة الخدمات المقدمة للمرضى.

برامج جماعات المرضى:

ويمكن في إطار الأسس والمبادئ التي تم عرضها يمكن أن تقدم بعض البرامج الخاصة بجماعات المرضى:

١- بعض الألعاب المسلية الخفيفة داخل النادي بالمستشفى إن وجدت أو في أماكن التجمع.

٢- حفلات السمر التي تطفي البهجة والسرور على المرضى بحيث يشترك فيها غالبية المرضى وفقاً لهواياتهم وقدراتهم.

٣- الندوات ويمكن أن تكون هذه الندوات مفيدة لمجموعة المرضى بحيث تقدم معلومات تهم المريض بحيث يتم فيها دعوة المتخصصين في موضوع الندوة كالأطباء ورجال الدين ورجال السياسة والاخصائيين الاجتماعيين ... إلخ.

٤- المناقشات الجماعية لجماعة المرضى حول أهم الموضوعات والقضايا التى تهم جماعة المرضى.

٥- الرحلات الترفيهية للقادرين على الحركة ويفضل أن يشترك فيها الأطباء والممرضات لرفع الروح المعنوية للمرضى.

٦- إقامة الحفلات بالإشتراك مع أهالى المرضى أو جماعات البيئة لرفع الروح المعنوية للمرضى(٤).

٧- عمل بعض برامج الخدمة بالمستشفى يقوم بها المرضى القادرون على بذل الجهد الطفيف.

٨- برامج ثقافية كالندوات والمحاضرات والمناظرات، هذا بجانب وجود مكتبة داخل المستشفى تساعد المرضى على الثقافة وتخفيف الشعور بالملل، هذا بالإضافة إلى عرض بعض الأفلام التسجيلية عن الوقاية من الأمراض أو الأفلام المسلية التى تطفى جواً من المرح بين المرضى.

ثالثاً: دور المنظم الاجتماعى فى العمل مع مجتمع المؤسسة العلاجية:

توجد مجموعة من الأسس والمعايير التى يلتزم بها الممارس المهنى فى تنظيم المجتمع أثناء عمله فى المستشفى وهى:

أ- الإتصال بالجماهير ويشمل:

١- تعرف الأخصائى على المجتمع الذى سوف يعمل معه من خلال مقابلة المسئولين بالوحدات العلاجية وتعريفهم بدوره الذى يمكن القيام به من خلال تعاون المسئولين بالوحدات معه.

٢- زيارة المنتفعين ومقابلة المرضى وأصحاب الحاجة والإستماع إلى شكواهم ومشكلاتهم واحتياجاتهم إيماناً بأن التنمية هى حصيلة

للتعاون بين جميع الأطراف وتنظيم جهودهم لمواجهة المشكلات والاحتياجات بشكل فعال.

٣- الاتصال بالعاملين بالوحدات والتعرف عليهم وتوضيح دوره لهم والتعرف على دور العاملين باعتبارهم محور العمل والمسئولين عن التنفيذ وأن عمله لابد وأن يكون بالتعاون مع الجهاز القائم.

٤- ومن خلال هذه اللقاءات يمكنه التعرف على القادة الطبيعيين والممثلين والمهنيين من بين المنتفعين والأهالى من سكان المنطقة، ومن بين العاملين فى الوحدات الطبية والعمل على توثيق العلاقة بين الناس لكسب ثقتهم وجهودهم، لذلك لابد أن يكون سلوك الأخصائى وتصرفاته ومظهره لايتعارض مع مشاعر وقيم الجميع.

ب- دراسة المجتمع:

ولايمكن للأخصائى أن يساعد المجتمع على حل مشكلاته وإشباع احتياجاته بغير الإلمام ببعض المعلومات عن هذا المجتمع وقيمه وأنشطته الاقتصادية والثقافية والصحية والمشكلات الملحة بصفة عامة وذلك بالإستعانة بما هو متاح من وثائق وسجلات وخرائط وإحصائيات دالة للخدمات الحكومية والشعبية فى المنطقة، فضلاً عن المصادر الشخصية وتشمل القادة المحليين والمواطنين ذوى الخبرة وذوى النفوذ والمؤسسات ومن خلال هذا يبدأ فى تكوين فكرة عامة عن بعض المشكلات الملحة التى يشعر بها الناس، ويستمع للحلول التى يفترضونها لحل تلك المشكلات.

جـ- بناء جهاز العمل الرئيسى:

لابد للعمل فى مجال تنظيم المجتمع من وجود مجلس رئيسى يعمل معه الأخصائى للقيام بعمليات التنظيم على أن يمثل القطاعات المختلفة فى المجتمع الطبى.

وينبغى أن يتكون من العناصر الكفيلة بإنجاح الجهود المهنية والعمل سواء أكان من الأجهزة الحكومية أو الشعبية، كما يختلف هذا المجلس بإختلاف المجتمع وطبيعة المشكلات، فقد يلجأ الأخصائى إلى تشكيل لجنة من المواطنين ومن ممثلى المصالح تنتهى مهمتها بعلاج المشكلة، وقد يرى الأخصائى وجوب .إنشاء هيئة دائمة، وذلك لتحمل مسئولية المشاكل المتجددة فى حياة المجتمع الطبى الذى يعمل فيه.

وفى مجال الخدمة الاجتماعية الطبية بالوحدة، يعتبر مجلس جمعية الخدمة الاجتماعية بالوحدة بمثابة الحقيقة الدائمة التى تتحمل مسئولية مواجهة المشكلات الصحية، كما أن من حقه تشكيل اللجان المتخصصة لعلاج مشاكل معينة وله أن يستعين بخبرات أخرى من خارج أعضاء المجلس.

هذا ويلتزم أخصائى تنظيم المجتمع فى عمله فى المجال الطبى بخطوات تنظيم المجتمع التى تتمثل فى أربع مراحل رئيسية وهى مرحلة الدراسة والتعريف والاستطلاع - ثم مرحلة وضع الخطة - والمرحلة التنفيذية - ثم مرحلة التقويم.

وأصبحت الرعاية الصحية محل إهتمام كافة الحكومات شرقية وغربية، الدول الرأسمالية أو الإشتراكية، وحتى دول العالم الثالث.

وتعتبر برامج الرعاية الصحية من الخدمات الاجتماعية التى تقدمها الدولة لمواطنيها فى شكل برامج وقائية وعلاجية تقدم من خلال شبكة من الأجهزة والمؤسسات كالمستشفيات والعيادات والمعامل ومصانع إنتاج الأدوية.

ومن المستحيل التخطيط للرعاية الصحية دون الأخذ فى الاعتبار بالتفاعل المستمر بين الصحة وبين البيئة الاجتماعية ويحذر «مردال» من

الوقوع فى عملية تبسيط المشاكل الصحية، عن طريق عزل الصحة عن غيرها من العناصر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

وإذا كانت طريقة تنظيم المجتمع تركز على ضرورة اشتراك الناس والمشاركة فى التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقويم لمشكلاتهم وطريقة توجيهها من خلال البرامج والمشروعات، فإن المنظم الاجتماعى يساعد الأهالى ويستثير مشاعرهم بقصد خلق شعور بالحاجة إلى مشروعات التغيير لتحقيق الإشباع لاحتياجاتهم المتزايدة والمتجددة.

ولذا تعددت أدوار المنظم الاجتماعى وفقاً لظروف المجتمع وطبيعة الجهاز الذى يعمل من خلاله، وسنحاول فى هذا الجزء، عرض لدور المنظم الاجتماعى فى المؤسسة الطبية وذلك على النحو التالى:

دور الأخصائى الاجتماعى الطبى مع مجتمع المرضى فى المؤسسة الطبية:

إن الأهداف التى يسعى إلى تحقيقها المنظم الاجتماعى يمكن أن تكون أهدافاً تخطيطية لإحداث التغيير كهدف، أو أهدافاً تنسيقية لدعم العلاقات والتعاون بين المجتمع وأجزاؤه أو أهدافاً تدعيمية لدعم المشروعات والخدمات أو أهدافاً أخرى عامة تتناول علاج المشكلات التى تتعلق بالسلوك الاجتماعى للجماهير والعادات الاجتماعية التى تعوق المجتمع وتنميته.

والواقع أن الدور الأساسى لأخصائى تنظيم المجتمع مهما إختلفت وجهات النظر، هو إستثارة سكان المجتمع للشعور بالحاجة إلى إتخاذ القرارات التى تحددها أهدافهم والوسائل والأساليب المختلفة التى يمكن استخدامها لتحقيق تلك الأهداف وهنا يساهم بدوره فى إحداث التغيير.

وجدير بالذكر، أن الأخصائى الاجتماعى، لايمارس عملاً حراً، ولكنه موظف بأحد أجهزة تنظيم المجتمع، والذى يدفع راتبه، ويمده بالإمكانيات

ولذلك، فعلى الأخصائى الاجتماعى أن يلتزم بفلسفة الجهاز ونظامه، وأساليب عمله، ويتحرك من خلاله ويخضع لتوجيهاته، ويحترم القيود التى يضعها فيما يتعلق بحرية الحركة(٥).

هذا وتعد الوظيفة الأساسية لأى مجتمع، هى إشباع احتياجات أفراده عن طريق التنظيمات الاجتماعية الموجودة فيه، وإنه من الملاحظ فى وقتنا الحاضر وخاصة فى المجتمعات النامية - أن هناك إزدياد كبير فى الاحتياجات من ناحية، وقلة شديدة أو ندرة للموارد المتاحة من ناحية أخرى.

ومن هنا، تبرز أهمية دور طريقة تنظيم المجتمع كأداة فعالة لمساعدة المجتمعات على التعرف على ألوان القصور والثغرات الموجودة فى تنظيماتها الاجتماعية، والتى تؤدى إلى ظهور المشكلات المجتمعية ومعاونتها على إحداث التغيير اللازم، لسد هذه الثغرات وعلاج تلك المشكلات(٦).

ولايقتصر التغيير الذى تستهدفه طريقة تنظيم المجتمع على النواحى المادية فحسب، بل يمتد ليشمل النواحى الاجتماعية أيضاً كالتفاعلات، والعلاقات الاجتماعية بين سكان المجتمع، وعاداتهم وتقاليدهم، وقيمهم، ومعاييرهم الأخلاقية.

وعلى الرغم من أن طريقة تنظيم المجتمع تنظر إلى المجتمع كوحدة متكاملة، إلا أنها تركز فى تعاملها على العنصر البشرى الذى يعتبر أكثر الكائنات الحية تعقيداً، ونجهل عنه أكثر مما تعلم، وعلى الرغم من هذا القليل الذى نعرفه عنه إلا أنها تقوم بدورها الفعال بالنسبة له، من حيث إشباع احتياجاته، وحل مشكلاته وتحقيق أهدافه فى تحسين مستواه الاقتصادى والاجتماعى(٧).

وتختص ممارسة تنظيم المجتمع، بكيفية تطبيق مهنة الخدمة

الاجتماعية لإشباع احتياجات، وحل مشكلات سكان المجتمع ويستلزم ذلك أن يكون للمجتمع هدف واضح فى توفير الرعاية الاجتماعية لسكانه، ويتحدد هذا الهدف فى ضوء السياسة الاجتماعية للمجتمع، تلك السياسة التى تنبثق عن السياسة العامة والتى يضعها المجتمع فى ضوء أيديولوجيته، وموارده والظروف المحيطة به، وأن اجراءات العمل فى الممارسة تختلف بالضرورة بين مجتمع وآخر، بحسب حجم المجتمع وطبيعة ونوعية احتياجاته ومشكلاته.

وإذا اعتبرنا أن المؤسسة الطبية، تنظيم يعمل على تقديم الرعاية الطبية للمرضى، .أو أنها معاهد تعليمية فى مجال الطب مثل المستشفى الجامعى بمدينة الإسكندرية ومستشفى القصر العينى بالقاهرة فإن تلك لايبعدها عن دورها الأساسى كأداة لتقديم الرعاية الصحية للمجتمع المحلى الذى تقع فيه، ويمتد نشاطها ليشمل كل مجالات الرعاية الطبية من وقاية وتشخيص، وعلاج وتأهيل وتعليم طبى، وبحث علمى مستهدفا من ذلك صالح المريض الذى أنشئت المؤسسة الطبية لخدمته ورعايته صحياً واجتماعياً.

وبهذا المفهوم، يمكن الإتفاق على أن المؤسسة الطبية مركز إشعاع صحى للمجتمع الذى تتواجد فيه، وقادرة على أن تغير من صورة الصحة العامة لذلك المجتمع، ومن جانب آخر، نجد أن للمؤسسة الطبية حقوقاً تترتب لها قبل المجتمع المحلى الذى تعيش فيه، أهمها حق المساندة والتدعيم بالرأى - والكلمة والعمل ولايتأتى ذلك إلا إذا تفهم المجتمع دور المؤسسة الطبية، وتفهمت المؤسسة الطبية احتياجات المجتمع وسعت لتحقيقها، وبذلك، يحاط المجتمع علماً بحقيقة المؤسسة الطبية، ويتفهم أهدافها ومشاكلها، بل ويلتمس أهمية خدماتها - ومن ثم، يكون قادراً على تقدير المكانة، والدور الذى تلعبه المؤسسة الطبية فى حياته، نتيجة إلى دعمها وتأييدها.

وبهذا المفهوم لدور المؤسسة الطبية، وتفاعله مع المجتمع المحلى الذى تقع فيه، يصبح من الضرورى أن يكون من بين أعضاؤه من هو قادر عملياً على النزول لهذا المجتمع والتعرف على أفراده، وقياداته وعلى إمكانياته وموارده، كما تكون لديه الوسائل التى تمكنه من التعرف على المشاكل والاحتياجات الصحية لهذا المجتمع، وواضح أن الأخصائى الاجتماعى الطبى، بحكم دراسته وخبرته، وتدريبه، من أقدر الأفراد للقيام بهذا الدور وعلى بناء علاقة سوية دائمة، وإيجاد نوع من الثقة المتبادلة بين المؤسسة الطبية، وأفراد هذا المجتمع، فضلاً عن مهمته الرئيسية بداخل مجتمع المؤسسة الطبية، فى محيط المرضى والمعوقين فى شتى مداخل علاجهم ورعايتهم[٨].

وتأسيساً على ما سبق، يمكن القول أن المنظم الاجتماعى بالمؤسسة الطبية، له أدوار وظيفية داخل نطاقها، أو فى أى حدود المؤسسة الطبية، وأدوار وظيفية أخرى تمتد لتشمل المجتمع الذى تتواجد فيه المؤسسة الطبية، وسوف نناقش هذه الأدوار كل على حدة.

أ- الأدوار الوظيفية للمنظم الاجتماعى الطبى داخل المؤسسة الطبية:

١- المساهمة فى وضع سياسة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وتحديد أهدافه فى ضوء السياسة الاجتماعية للمؤسسة الطبية من جانب، والسياسة الاجتماعية للمجتمع من جانب آخر.

٢- العمل على مساعدة مجلس الإدارة، أو اللجان التى يستند إليها العمل معها لتأدية مهمتها بنجاح، مع الإهتمام بمراكز القوة بين العاملين فى المؤسسة الطبية والتأثير عليها فى عملية إتخاذ القرارات التى تتعلق بنشاط مجتمع المؤسسة الطبية لصالح العاملين فيها من جانب ولصالح المرضى من جانب آخر.

٣- المساهمة فى القيام بمد الأنساق الداخلية الموجودة بالمؤسسة الطبية، بالمشورة الفنية، التى تساعدهم على القيام بمسئولياتهم قبل المرضى خير قيام، والتعاون مع المهتمين ذوى التخصصات المهنية فى المؤسسة الطبية فى صورة فريق عمل Team Work ليكشف لهم عن الجوانب الاجتماعية والنفسية، والأسرية والبيئية ذات الصلة الوثيقة بالأمراض التى يعانى منها بعض المرضى.

٤- المساهمة فى القيام بالبحث والدراسة، للتعرف على احتياجات مجتمع المؤسسة الطبية، ومشكلاته، وموارده وإمكانياته، تمهيداً لترتيبها حسب أهميتها ووضعها فى أولويات والعمل على إشباعها أو حلها فى حدود الموارد والامكانيات المتاحة، أو التى يمكن إيجادها.

٥- العمل على تنسيق جهود الأنساق الداخلية [illegible]سسة الطبية، لمنع تكرار أو تضارب الخدمات التى تقوم تلك [illegible]حدات بتقديمها للمرضى، كما يسهم فى تهيئة مناخ جيد للعلاقات الإنسانية داخل مجتمع المؤسسة الطبية.

٦- إيجاد مشروعات تستلزم إشتراك وتعاون فئات العاملين بالمؤسسة الطبية، وتحقيق فائدة لهم، كأسلوب لإيجاد التكامل بين فئات العاملين بالمؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر فى علاج المرضى.

٧- المساهمة فى العمل على تحسين مستوى الخدمات التى تقدمها المؤسسة الطبية للعاملين من جانب وللمرضى من جانب آخر، على أن تؤدى تلك الخدمات بالطريقة التى ترضى العاملين والمرضى، وتحفظ عليهم كرامتهم.

٨- المساهمة فى عملية التسجيل، والتأكد من أن جميع الأعمال

والأنشطة والبرامج التى يمارسها نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، تسجل تسجيلاً دقيقاً للإفادة منه فى عملية تقويم النسق لقياس مدى نجاحه أو فشله من جانب ويعاونه الأخصائيين الاجتماعية الجدد والذين يعينون مستقبلاً فى المؤسسة الطبية، فى الإنطلاق من حيث إنتهى زملائهم القدامى من جانب آخر وذلك مما يكون له أكبر الأثر فى خدمة مجتمع المؤسسة من جانب، وخدمة المرضى من جانب آخر.

ب- الأدوار الوظيفية للمنظم الاجتماعى الطبى خارج المؤسسة الطبية:

١- على المنظم الاجتماعى الطبى أن يتعرف على كافة الأجهزة والهيئات التى تؤدى خدمات طبية بمختلف أنواعها وذلك ليتضح له أوجه الإزدواج أو النقص أو التكامل فى أنواع الخدمات الطبية التى تؤدى للمجتمع المحلى من جانب آخر ولكى يستطيع أن يستغل هذه الأجهزة والهيئات لصالح مرضى المؤسسة الطبية التى يعمل بها من جانب آخر.

٢- التعرف على المشكلات الاجتماعية بالمجتمع المحلى - المقام به المؤسسة الطبية التى يعمل بها - ذات الأثر على الصحة وإستثارة الناس وتوعيتهم لتجنبها.

٣- المنظم الاجتماعى بحكم عمله وإتصاله بزملائه العاملين بالهيئات المحيطة وبالرأى العام داخل المجتمع المحلى الذى توجد به المؤسسة العلاجية الطبية يستطيع أن ينقل إلى إدارة المؤسسة الطبية ردود الفعل وانطباعات الناس عن الخدمات التى تؤديها المؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر فى تقويم دور المؤسسة الطبى، ومن ثم تعمل على إزالة كل ما يحول دون تأدية رسالتها فى المجتمع على الوجه الأكمل هذا من

جانب، ومن جانب آخر يعمل المنظم الاجتماعى الطبى على تنمية المجتمع المحلى بدور المؤسسة الطبية، وأهدافها وكيفية الاستفادة من خدماتها وعلية أيضاً تنسيق الموارد البيئية ونشر الوعى فى المنطقة المحيطة بالمؤسسة الطبية، بما يحقق أقصى استفادة من خدمات المؤسسة الطبية.

وفى النهاية فإننا نشير إلىأن طرقالخدمة الاجتماعية متكاملة، حيث أن نطاق عمل الخدمة الاجتماعية يمتد إلى وجوه الإنسان المختلفة التى يعيش فيها، فهى تعمل مع الأفرادكما تعمل مع الجماعات، وأيضاً تعمل مع المجتمعات.

فالخدمة الاجتماعية حينما تعمل مع الفرد بصورة مباشرة إنما تتعامل مع الجماعات والمجتمع بصورة أخرى.

كذلك الحال حينما يتعامل مع الجماعات نجد بالضرورة أهمية العمل مع أعضاء الجماعة كأفراد، مثل الفرد الذى تواجهه مشكلة أو يتميز بقيادة تحتاج إلى صقل، كما تعمل مع الهيئة أو المؤسسة التى تحتضن الجماعة، لتقارب بين أغراضها وإتجاهاتها، وأيضاً تعمل مع المجتمع المحلى الذى تتواجد فيه هذه المؤسسة لإستغلال موارد البيئة فى تحقيق أهداف المؤسسة من جانب، والجماعات التى تنتمى إليها هذه المؤسسة من جانب آخر.

إن العلاقة بين طرق الخدمة الاجتماعية - خدمة الفرد - وخدمة الجماعة، تنظيم المجتمع - إنما هى علاقة لاتستمد من واقع المنفعة المشروطة بتقديم قضايا ملموسة نافعة فحسب، وإنما علاقة أعضاء الجسم الواحد، بطبيعة واحدة وبوظيفة واحد، إن حدث وتعددت أعضاؤه، فهو لتحقيق هدف مشترك وهو رفاهية الإنسان وسعادته فالجوهر واحد، والفلسفة واحدة، بل إن المفاهيم والمبادئ الأساسية نفسها واحدة، وهذه حقيقة

يؤكدها الواقع الميداني ذاته، كما يجسدها كل من مارس المهنة من الإخصائيين الاجتماعيين.

الأدوار الوظيفية التي حددتها وزارة الصحة للأخصائي الاجتماعي الطبي:

حددت وزارة الصحة اختصاصات وواجبات الأخصائي الاجتماعي الطبي في ميادين الخدمة الاجتماعية طبقاً لقرار وزارة الصحة رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠ بتاريخ ٩/ ١٢/ ١٩٧٠، بشأن إصدار دليل العمل الإداري لإدارة الخدمة الاجتماعية الطبية جاء فيها ما يلي:

«يعتبر جهاز الخدمة الاجتماعية بالوزارة بحكم تكوين أفراده وطبيعة عملهم ودراستهم وتأهيلهم أكثر الأجهزة إتصالاً بالجمهور وتفهمها لرغباته والالتحام معه وكسب ثقتهم بحيث يستهدف جوهر العمل الاجتماعي بوحدات الوزارة ما يأتي:

١ - التعرف على آراء ومشاكل الجماهير المنتفعة بخدمات الوزارة وإتخاذ الخطوات اللازمة لحلها.

٢ - أن يكون موصلاً جيداً لما تريده الوزارة أن تصل به إلى الجماهير وذلك عن طريق:

أولاً: إعتبار العمل الاجتماعي وثيق الصلة بالجماهير مع المرضى بالأقسام الداخلية وفي العيادات الخارجية وأثناء الزيارة هدفه الأول حل مشاكل المرضى الاجتماعية والمسببة أو الناجمة عن المرض أو الإصابة.

ثانياً: الأخذ بمبدأ ربط الخط السياسي بالعمل الاجتماعي والتحرك الدائم وخاصة في المستشفيات العامة، والتوعية باعتبار الاخصائي

الاجتماعى يعمل فى المستشفيات على المستوى المحلى سواء أكان هذا عن طريق عمل استفتاءات، ومقابلات شخصية أو حضور الندوات السياسية التى تعقدها الأجهزة السياسية، أو عقد اجتماعات للعاملين، أو صندوق الشكاوى، وما إلى ذلك من أساليب وقياس إتجاهات الرأى العام.

ثالثاً: إعتباره عاملاً فى عمليات تنظيم المجتمع عن طريق المجلس المحلى بالمستشفيات العامة، كمجالس الإدارة ومجلس الخدمة الاجتماعية، والعمل على تنمية النشاط الأهلى والمساهمة فيه كجزء هام من موارد البيئة لصالح ، جماهير المترددين على الوحدة.

رابعاً: أن تكون القوانين التى كفلتها الدولة لتأمين أفرادها محوراً للعمل الاجتماعى المتطور لقوانين التأمينات الاجتماعية، والصحية، وقوانين العمل والضمان الاجتماعى وما إليها.

الإختصاصات العامة للمنظم الاجتماعى فى كافة القطاعات:

١- استطلاع رأى الجماهير المنتفعة بخدمات الوحدة، والإشتراك فى دراسة المشاكل الاجتماعية التى قد تطرأ على المرضى والعاملين بها، والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها عن طريق:

أ- أن يتواجد الأخصائى الاجتماعى بالعيادة الخارجية للوحدة فضلاً عن تواجده بأقسام الأستقبال وسط المترددين عليها لتسهيل مهمتهم فى الحصول على الرعاية الطبية فى سهولة ويسر دون معاناة، ولحل المشاكل اليومية التى تنجم عن إتصال الجمهور بالمستشفى.

ب- وضع صندوق الشكاوى أو الرغبات، يكون مفتاحه مع الأخصائى الاجتماعى ويتم فتحه دورياً (حسب ما تقضى به التعليمات) ويتم

تسجيل جميع ما ورد فيه وتفريغه، وحل ما يمكن حله من هذه المشاكل على مستوى الوحدة ورفع مستوى ما يحتاج إلى مستوى أعلى.

حـ- أن تعد إستمارة إستفتاء على عناصر الخدمة التى تؤديها الوحدة تملأ بمعرفة الأخصائى الاجتماعى لعينات من المرضى الذين يتقرر خروجهم، وتجمع هذه الاستمارات ويتم تفريغها وتبويبها، وتحليلها بصفة دورية، لتكون مؤشراً جماهيرياً بالنسبة لخدمات كل وحدة.

د- أن توضع خطة عمل مشتركة بين أجهزة الخدمة الاجتماعية بالمناطق والوحدات وبين الجهاز السياسى بالمنطقة، وذلك بالإتفاق مع أمانة المحافظة بحيث يكون الأساس فيها هو التعرف على المشاكل الجماهيرية والتعاون على حلها بالحلول الذاتية بالإستعانة بجميع موارد البيئة من نشاط أهلى، إلى أجهزة حكومية قائمة، إلى غير ذلك مما يمكن الاستفادة به فى خدمة المريض وأسرته.

هـ- الاستفادة بالنشرات التى تعد بمعرفة الإدارة العامة للإعلام والثقافة الصحية بالوزارة، والتى تستهدف تبصير الجمهور وتعريفه بخدمات الوزارة، .وكذلك بمختلف النشرات التى تعد عن طريق الأجهزة المختلفة وتخدم نفس الغرض.

٢- أن يكون الأخصائى الاجتماعى بالمستشفى أو بالوحدة الطبية بمثابة رجل العلاقات العامة، من مهمته أن يتحرك وسط الجماهير داخل الوحدة وخارجها، والإتصال الوثيق بجميع المنظمات الاجتماعية والسياسية، والتعاون الصادق مع العاملين بها فى الخدمات العديدة، كالتوعية السياسية أو مكافحة الأمية، وتنظيم الأسرة، ودور الحضانة، والجمعيات التعاونية بالوحدة، وغيرها من المشروعات القومية.

٣- تنظيم البرامج الترفيهية وشغل أوقات الفراغ وذلك بإنشاء الأندية المزودة بوسائل التسلية كالتليفزيون، والراديو، والألعاب الداخلية، والأشغال اليدوية الخفيفة، وإنشاء مكتبة تحتوى الجرائد والمجلات والكتيبات والنشرات.

٤- الإهتمام بالتوعية بالتنظيم للحفلات السينمائية والمسرحية والموسيقية وتوزيع المساعدات والهدايا فى المناسبات المختلفة.

٥- الإهتمام بالتوعية فى كافة مجالاتها (الصحية - الاجتماعية - القومية - السياسية - الدينية ... إلخ) الفردية والجماعية سواء عند المقابلة الشخصية، أو الزيارات المنزلية أو الندوات الثقافية فى المناسبات المختلفة.

٦- القيام بأعمال مقرر مجلس الخدمات الاجتماعية أو اللجان الاجتماعية والمنبثقة عن مجالس المستشفيات أو غيرها فى حدود الاختصاصات والتعليمات الصادرة بشأنها.

٧- نشر الوعى بين العاملين فى الوحدة وعقد الندوات لهم للإستفادة الكاملة من أوجه النشاط الثقافى والاجتماعى والرياضى، كذلك المساعدات الاجتماعية المتاحة من حصيلة الجزاءات وإجراء البحوث الاجتماعية للعاملين المستحقين لتلك المساعدات.

٨- فتح واستخدام السجلات والاستمارات والمطبوعات الخاصة بالخدمة الاجتماعية، وإتباع كافة القواعد والنظم المقررة لذلك والالتزام بها.

٩- عمل تقرير شهرى وسنوى عن كافة أوجه الخدمات والنشاط الاجتماعى طبقاً للنماذج المقررة.

١٠- حصر موارد البيئة للتعرف على جميع الامكانيات المتاحة لتوجيهها

لخدمة الجماهير، والارتفاع بخدماتها إلى أقصى حد ممكن، ومنها (وحدات الشئون الاجتماعية - النقابات المهنية - الجمعيات الخيرية - الوحدات التابعة للوزارة - الخدمات والمؤسسات والهيئات ... إلخ). والإتصال باللجان الصحية التابعة للمكاتب التنفيذية للجهاز السياسى بالمنطقة .وأن يكون لدى الأخصائى الاجتماعى دليل مفصل من جميع الموارد.

١١ - إتخاذ البحث الاجتماعى وسيلة لحل مشاكل المريض (فى الأسرة أو العمل أو المدرسة) وإعتبار السرية الكاملة فيما يدلى به المريض من مشاكل وأسرار أمراً أساسياً فى عمل الأخصائى الاجتماعى، ولايتأتى ذلك إلا بتهيئة الإمكانيات المكانية والمادية للمحافظة على هذه السرية.

١٢ - القيام بتدريب الفئات التى يوكل إليه تدريبها فى ميدان الخدمة الاجتماعية الطبية، كبعض العاملين فى الميدان الاجتماعى وطلبة معاهد وكليات الخدمة الاجتماعية.

١٣ - التعاون مع إدارة الوحدة لحل المشاكل التى يثيرها المرضى أثناء تواجدهم أو ترددهم على الوحدة.

١٤ - يعتبر متابعة العمل الاجتماعى .من أهم العوامل لنجاح وإنجاز جهود الأخصائى الاجتماعى.

وهنا نؤكد أن الأخصائى الاجتماعى الطبى عندما يمارس طريقة تنظيم المجتمع لايقوم بمعالجة أفراد أو جماعات بل إن دوره العلاجى يتم على مستوى المجتمع (المؤسسة الطبية - المجتمع الخارجى) حيث ينبه المجتمع لوجود قسم الخدمة الاجتماعية الطبية موضحاً جهود وخدمات هذا القسم ومحاولة ربط الجمعيات الأهلية والمتطوعين فى محاولة منهم لرفع مستوى

الخدمات وتنمية الموارد البيئية والاعتماد على القيادات المحلية فى دعم المؤسسة الطبية أو بعبارة أخرى للعمل على تحقيق أهداف هذه المؤسسة.

ومن أهم أدوار أخصائى تنظيم المجتمع الطبى دوره مع الجهاز الفنى والإدارى للمستشفى «التنظيم الذى يعمل من خلاله» حيث يعمل مع المستويات الإدارية المختلفة ويتضح دوره فى مساعدة الإدارة الصحية على المستوى الأعلى والمتوسط على القيام بالأعمال الآتية:

١- توفير النواحى المالية للوحدات الصحية المحلية.

٢- دراسة الحاجات الصحية للمجتمع وكذا إمكانياته للقيام بتخطيط برنامج يواجه هذه الحاجات الصحية، ويغطى النقص من الخدمات القائمة.

٣- مد الوحدات الصحية على المستوى المحلى بالمساعدات والاستشارات الفنية التى تسترشد بها.

٤- تحديد معايير الخدمة الصحية على المستوى المحلى.

٥- تعيين الأفراد وتدريبهم.

٦- القيام بالأحاديث فى المجال الصحى.

٧- إصدار القوانين واللوائح والقرارات الصحية اللازمة.

٨- تقوية الروابط الصحية الدولية.

كما يتوخى فى البرنامج الصحى على المستوى المحلى تقديم الخدمة الصحية المباشرة للأهالى وخدماتها الصحية الأساسية هى:

١- مكافحة الأمراض المعدية.

٢- صحة البيئة.

٣- رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية ورعاية الشباب.

٤- حفظ السجلات.

٥- التربية الصحية.

٦- التمريض الصحى العام.

٧- الرعاية الطبية.

ولاتعتبر أى خدمة صحية محلية شاملة إلا إذا قدمت هذه الخدمات السبع السابقة وإذا كان المجتمع صغيراً فمن الممكن دمج هذه الخدمات فى وحدة واحدة كما هو الحال فى المجتمعات الصحية والوحدات الريفية وإذا كان المجتمع أكبر من ذلك فتقدم هذه الخدمات السبع عن طريق وحدات متخصصة كما هو الحال فى القطاع الحضرى فى مراكز رعاية الأمومة ومكاتب الصحة والمستشفيات المركزية ومكاتب الثقافة الصحية.

وإذا كان المنظم الاجتماعى فى المؤسسة الطبية يهدف إلى تحقيق أهداف هذه المؤسسة، فإن تحقيق هذه الأهداف يرتبط إرتباطاً وثيقاً بالجهاز الإدارى، والفنى المتعاون ولذلك يساعد المنظم الاجتماعى الجهاز الإدارى من خلال الاعتماد على العناصر الآتية:

١- التخطيط للبرنامج الذى يعنينا إنجازها.

٢- التنظيم للجهاز الذى سيوكل إليه إنجاز البرنامج المخطط.

٣- التعيين للأفراد الذين يشكلون التنظيم.

٤- التوجيه للأعمال المنظمة.

٥- التنسيق بين أعمال ونشاط الأفراد والوحدات.

٦- تقديم التقارير للمستويات الأعلى.

٧- إعداد الميزانية.

٨- تقييم البرنامج.

أولاً: تخطيط برنامج الصحة العامة:

التخطيط خطوة أولى فى عملية أكبر منه ووظيفته إكتشاف الطريق والإعداد لإتخاذ قرار بصدد مشكلة أو للقيام بعمل.

توضيح الخطة كمحصلة لأربعة عوامل أساسية هى:

أ- الحاجات والمشاكل الصحية.

ب- الموارد والامكانيات.

حـ- درجة إهتمام الناس بحل المشاكل الصحية.

د- الهدف من البرنامج.

عملية المفاضلة وإعطاء الأولويات فى التخطيط:

غالباً ما تكون الموارد والإمكانيات المتاحة قاصرة على مواجهة جميع المشاكل والحاجات الصحية للمجتمع ولذلك يلجأ المخطط الكفء إلى الاختيار بين المشاكل ليختار منها المشاكل التى يبدأ بحلها قبل سواها، وعملية المفاضلة هذه عملية أساسية وتحتاج لمهارة كبيرة وتعتمد على مبررات ومسببات قائمة تؤخذ فى الاعتبار وتعطى أولويات خاصة فى الظروف التالية:

١- تعطى أسبقية لحالات الطوارئ مثل ظهور وباء أو مجاعة أو خلل فى عمليات مياه الشرب، أو عمليات تصريف الفضلات.

٢- تعطى أولوية المشاكل التى لايحتاج حلها لموارد خاصة أى ممكن حلها فى إطار البرامج القائمة فعلاً مثل التطعيم ضد السعال الديكى والتيتانوس بإعطاء الطعم الثلاثى بدلاً من إعطاء تطعيم الدفتريا فقط.

٣- تعطى أولوية للبرامج التى تغطى عدداً كبيراً من الناس فمثلاً تعطى أولوية للوقاية من مرض شلل الأطفال عن رعاية الأطفال المختلفين عقلياً.

٤- تعطى أولوية للبرامج التى تكلف أقل إذا كان العائد فى الحالتين متساوياً.

٥- تعطى أسبقية للبرامج التى تحتاج الإتساع لتغطية أكثر من مشكلة فمثلاً برنامج مكافحة الملاريا بالمضادات الحشرية قد يكون له تأثير على الأمراض الأخرى التى يكون للحشرات نصيب فى إنتشار مثل الطاعون والتيفود والبرغيث والقمل.

٦- تعطى أولوية للبرامج التى تحتاج التنسيق مع برامج أخرى يجرى إنشاؤها فمثلاً إذا كان المجتمع بصدد تخطيط مساكن شعبية فيمكن فى نفس الوقت تخطيط الأعمال الصحية.

٧- يجب أن يعطى المنظم الاجتماعى الأولوية للمشكلات والاحتياجات التى يجمع عليها أفراد المجتمع دون التحيز لفئة دون الأخرى.

أولاً: عملية تخطيط البرامج الصحية:

وتنقسم هذه العملية إلى ثلاث مراحل رئيسية هى:

١- مرحلة البحث والاستقصاء، وهى مرحلة جمع البيانات.

٢- مرحلة إعداد الخطة وبلورتها ويراعى ما يلى:

أ- تحديد الهدف والغرض من الخطة الصحية.

ب- وضع خطة صحية قصيرة الأجل لمواجهة المشاكل السريعة وخطة طويلة الأجل لحل المشكلة على المدى الطويل.

حـ- وضع القوانين واللوائح.

د- تنظيم العمل من وحدات وأفراد.

هـ- عملية تمويل البرنامج.

و- التنسيق بين الخدمات المختلفة فى البرنامج.

ز- إيجاد وسيلة تساعد على عملية التقييم مستقبلاً.

٣- خطة التنفيذ: وتشمل التفاصيل الدقيقة لخطوات تنفيذ البرنامج مثل:

أ- تفاصيل الميزانية.

ب- تحديد تواريخ بدء وإنتهاء الأعمال المختلفة.

حـ- إعداد كشوف تفصيلية للتجهيزات.

د- تفاصيل طريقة تعيين الأفراد.

ثانياً: التنظيم:

ويشير إلى مجموعة من الأشخاص أو الإمكانيات إذا كانت مرتبة على شكل وحدة متكاملة بحيث تعمل فى إنسجام ولتحقيق هدف واحد، وتطلق عملية التنظيم على:

١- إجراءات تحديد الاختصاصات التى كلف بها الإدارات أو الموظفين.

٢- تحديد السلطة التى تعطى لكل منهم حتى يمكنهم القيام بواجباتهم واختصاصاتهم.

٣- تحديد مسئولياتهم أمام الإدارة الأعلى.

٤- تحديد العلاقات بين الأفراد القائمين فى التنظيم لضمان تنسيق مجهوداتهم فى اتجاه تحقيق الغرض الأساسى من الخطة.

ولتأكيد سلامة البناء التنظيمى يؤخذ فى الإعتبار عدة عوامل:

١- تحديد الوحدات الأساسية - وهى الوحدات التى تحقق هدف المنظمة مثل الطب العلاجى، الصحة الوقائية.

٢- تحديد مستويات المسئولية والسلطة - أن المستويات التى تؤخذ فيها قرارات إدارية قد يكون هذا المستوى القومى.

٣- تحديد الوحدات المساعدة - أى الخدمات التى تعاون الوحدات الأساسية على القيام بواجباتها على أكمل وجه الوحدات المالية والأرشيف.

٤- الترتيب البنائى للتنظيم ويحدده عدة عوامل منها:

أ) النظام الهرمى.

ب) المدى الإشرافى الفعال، أى عدد المرؤسين الذين يمكن أن يشرف عليهم رئيس واحد بكفاية سليمة ويتراوح بين ٥ ، ١٤ مرؤوس تبعاً لنوع العمل وأهميته.

حـ) من الأفضل أن يكون لكل المرؤوسين رئيس واحد فى مستوى إدارى واحد ليأخذ المرؤوسين إهتماماً مساوياً من الرئيس.

د) من المفيد أن تتشابه الأقسام التى تتكون منها المنظمة فى تركيبها مثل - مراكز رعاية الطفل أو وحدات الصحة الريفية وهذا يسهل عملية الرقابة أو المتابعة كما يسهل نقل الأفراد بين هذه الأقسام.

هـ) الخرائط التنظيمية وهى رسومات توضيحية تمثل بعض أوجه النظام ومن المهم إظهار وحدة الأوامر فى المرتبة التنظيمية بحيث يكون المرؤوس مسئولاً مباشراً أمام رئيس واحد عن طريق فى النهاية إلى رئيس المنظمة الأعلى.

ثالثاً: تعيين الأشخاص الذين يشكلون التنظيم:

ولتحقيق هذه المرحلة يجب تحديد الجوانب الآتية:

١- تحديد الوظائف التى ستملأ.

٢- اختيار الأشخاص لهذه الوظيفة بواسطة:

أ) **الإعلان**: ويحتوى على نوع الوظائف والمؤهلات والخبرة المطلوبة.

ب) **الإمتحان**: (الاختيار الشخصى) لمعرفة معلوماته (شخصيته صلاحيته).

جـ) التعيين.

د) تقسيم الأشخاص المعينين.

هـ) التدريب قبل وأثناء الخدمة.

رابعاً: التوجيـــــه:

أ- عملية التوجيه:

وهى عملية إعطاء الأوامر والتعليمات وهى خطوة أساسية ولابد أن تكون التعليمات:

١- كاملة فى حدود وخبرة وطاقة وإمكانيات الموظف

٢- كاملة حتى لاتترك سؤالاً فى عقل الموظف.

٣- يفضل أن تكون كتابية وخاصة إذا كانت موجهة إلى عدد كبير أو تتعلق بمسألة مهمة.

ب- الإشراف الإدارى:

الإشراف هو العلاقة بين الرئيس والمرؤوس وهى أساساً عملية تعليم وتوجيه للمرؤوسين وليست عملية تلمس الأخطاء أو العقاب ويجب أن يكون هدف الإشراف هو الحفاظ على أعلى مستوى وأرقى كفاءة فى العمل.

خامساً: التنسيق:

هو عملية وضع كل شخص أو وحدة فى مكان بحيث يكمل بعضها البعض.

سادساً: إعداد التقارير:

وهو وضع التقارير الشهرية والسنوية وتقديمها للمستويات الأعلى وهى تعطى صورة واضحة لكيفية سير العمل ونشاط البرنامج.

سابعاً: إعداد الميزانية:

أ- الميزانية: هى تقدير متوازن بين المصروفات والإيرادات لمدة محددة (سنة مثلاً).

ب- الحسابات: هى رصيد الأعمال المالية وتجميعها وتلخيصها فى هيئة تقرير مالى.

حـ- المراجعة: التحقق من صحة وقانونية كل الأعمال المالية.

ثامناً: التقييم:

يعرف التقييم بأنه عملية تحديد نتيجة البرنامج من حيث تحقيقه للهدف الذى خطط من أجله وفى التقييم نقيس النتائج التى تحققت وكذلك كتابة الطرق والوسائل المستخدمة فيه.

مستويات التقييم: يوجد ثلاث مستويات:

أ) تقييم الأغراض من البرنامج.

ب) تقييم تشغيل البرنامج.

حـ) تقييم نتائج البرنامج.

١- تقييم الغرض من البرنامج:

ويهدف إلى معرفة ما إذا كان الغرض من البرنامج غرضاً مقبولاً وواقعياً أو غير ذلك.

٢- تقييم تشغيل البرنامج:

ويهدف إلى دراسة ما يلى:

أ) قياس إمكانيات البرنامج سواء كانت إمكانيات بشرية أو تجهيزات ويكون هذا بالنسبة لسكان أو بالنسبة للعملاء الذين يقوم البرنامج بخدمتهم.

ب) قياس نشاط البرنامج وهو قياس الأعمال والجهود مثل الزيارات المنزلية أو عدد حالات الكشف التى تمت بالنسبة للامكانيات مثل عدد حالات الكشف التى قام بها الطبيب الواحد.

حـ) قياس الأداء: فمثلاً إذا أعطيت محاضرة لتنظيم الأسرة لألف من السيدات فهذا ليس يكفى بل يجب أن تعرف كم منهم حضر إلى عيادة تنظيم الأسرة، ويستعمل وسائل منع الحمل.

٣- تقييم نتائج البرنامج: يهدف هذا إلى قياس ما يلى:

أ) فاعلية البرنامج:

من أغراض البرنامج مثلاً إذا كان الغرض من البرنامج خفض معدل المواليد من ٤٠٪ فإذا قام البرنامج بخفض النسبة إلى ٣٠٪ أى خفضت ١٠٪ بدلاً من ١٥٪ فإن فاعلية البرنامج هى $١٠ \times \frac{١٠٠}{١٥} = ٦٦,٧$٪

ب) كفاية البرنامج:

يهدف إلى قياس مدى تناسب النتائج مع تكاليف وجود البرنامج.

طرق التقييم:

١- تقييم بواسطة عملاء البرنامج:

يتم هذا بقياس إنطباعات العملاء عن البرنامج مثل استقصاء وأسباب عدم حضور السيدات لمراكز تنظيم الأسرة.

٢- التقييم بواسطة الخبراء:

وهى أكثر طرق التقييم استعمالاً ويكون ذلك بتكليف بعض من لهم خبرة فى البرامج المماثلة بالقيام بتقييم البرنامج وفى هذه الحالة يقوم الخبير بمقارنة البرنامج ببرامج مماثلة أو بمعايير يعرفها[٩].

أدوار المنظم الاجتماعى فى المجال الطبى (المستشفى):

وبناءاً على ما سبق سنقوم بتوضيح دور المنظم الاجتماعى فى المستشفى باعتبارها أحد أجهزة تنظيم المجتمع الثانوية وذلك بتوضيح نموذج لأدوار المنظم الاجتماعى (لنيوزتير) هذا بالإضافة إلى توضيح دوره مع اللجان المختلفة.

وتتلخص أدوار المنظم الاجتماعى فى العملية الآتية:

١ - العمليات الإدارية:

وهى تتعلق بتهيئة جهاز تنظيم المجتمع (المؤسسة الطبية) للقيام بمسئولياته، بكفاءة مع توفير جميع الامكانيات الإدارية التى تساعد هذا الجهاز على القيام بعمليات تنظيم المجتمع (المؤسسة الطبية) وهذه العمليات تتضمن التأكيد من العدد اللازم من العاملين ذوى التخصصات المطلوبة لمسئولياتهم فى جهاز تنظيم (المؤسسة الطبية).

ومن أهم الأعمال الإدارية التأكد أيضاً من وجود اللجان المتخصصة فى عمليات تنظيمية بحيث تكون هذه اللجان متلائمة مع المسئوليات المسندة إليها فى جهاز تنظيم المجتمع (المؤسسة الطبية).

وهذا الدور يتصل بجميع العمليات الإدارية ويتضمن أيضاً الخطوات الخاصة بتهيئة جهاز تنظيم المجتمع (المؤسسة الطبية) لمسئولياته وتنسيق الجهود داخله وخارجه وتوزيع المسئوليات على العاملين فيه وتنظيم الإشراف على جميع الشئون الإدارية المختلفة مثل التسجيل وتنفيذ الميزانية وتحديد مسئوليات اللجان ودعم العلاقات العامة الداخلية والخارجية وتنظيم عمليات الإتصال الداخلية وغيرها من الأعمال الإدارية التى تتضمن نجاح العمل فى أجهزة تنظيم المجتمع (المؤسسة الطبية).

٢ - العمليات التربوية:

فى هذه العمليات يقوم المنظم الاجتماعى بأعمال تتصل بشئون التدريب والتثقيف وعمليات التربية والتعليم سواء فيما يختص بالعاملين داخل أجهزة تنظيم المجتمع «المؤسسة الطبية»، أو فى الهيئات الاجتماعية أو فيما يختص بالقيادات والمتطوعين أو استخدام وسائل الإتصال وعمليات

العلاقات العامة مع الجماهير الخارجية بمسئولياتهم قبل مجتمعهم ليشاركوا بقوة وإيجابية فى عمليات النهوض به.

وهذه العمليات التربوية يمكن أن تكون مباشرة أو غير مباشرة رسمية أو غير رسمية. ويستخدم فيها وسائل وأدوات كثيرة مثل الدراسة المنظمة فى المعاهد والكليات أو بإيفاد بعثات داخلية أو خارجية وعقد الدورات التدريبية وتنظيم الزيارات العلمية والندوات والمحاضرات العامة والمؤتمرات.

ويمكن أيضاً أن تتم هذه العمليات فى اللجان وحلقات البحث والرحلات والمقابلات واستخدام وسائل التثقيف المختلفة للكبار، ووسائل الإيضاح السمعية والبصرية مثل السينما والمسرح والجرائد والمجلات والتليفزيون والراديو والإعلانات والملصقات وغيرها من الأدوات التى يستخدمها المنظم الاجتماعى للاستثارة والتوعية والتوجيه والإرشاد وتوصيل المعلومات ورفع المستوى الثقافى والمعرفى والفكرى لدى العاملين بالجهاز والمواطنين.

٣- العمليات المهنية بين الجماعات:

فى هذه العملية يكون الاهتمام فى العمل بين الجماعات مركزاً على خدمة المجتمع ومسئولية المنظم الاجتماعى تتجه نحو المجتمع ككل، ولذلك فإن دوره مع أعضاء الجماعات فى أجهزة تنظيم المجتمع «المؤسسة الطبية» سواء القيادات المهنية أو الشعبية أو القيادات السياسية الذين هم فى الواقع ليسوا سوى ممثلين للمجتمع هو دعم التعاون بينهم وتنسيق جهودهم لأنه عن طريق هذه القيادات وقيامها بمسئولياتها قبل المجتمع بنجاح يمكن أن تحقق أهداف تنظيم المجتمع.

ويتم عادة وضع الخطط المناسبة بعد تحديد الاحتياجات ومعرفة

الصعوبات والمشكلات ووضع الأهداف المطلوب الوصول إليها. وبجانب ذلك اكتشاف الموارد البشرية والمادية الميسرة، كل هذا يساعد المنظم الاجتماعى ليس فى الدراسة فقط بل أيضاً فى تشخيص احتياجات المجتمع وتحديد الصعوبات والمشكلات ووضع الخطط المناسبة فى حدود الموارد وأيضاً وقاية المجتمع مستقبلاً من الوقوع. فى هذه المشكلات مرة أخرى مع حشد جهود هذا المجتمع لمواجهة صعوبات ومواقف أخرى بنجاح مستقبلاً.

٤- العمليات الإنشائية والإنمائية لتحقيق التغير الاجتماعى المرغوب:

إن عمل المنظم الاجتماعى فى المجتمعات يكون غالباً موجهاً نحو إحداث التغير الاجتماعى على التحرك بالمجتمع نحو التقدم والتنمية بصفة مستمرة وهذا يمكن تحقيقه باتباع الأسلوب العلمى القائم على منهاج التخطيط وعلى مهارة وقدرة المنظم الاجتماعى. وإن دور المنظم الاجتماعى فى العمليات الإدارية والمهنية والتربوية كلها عمليات تحقق التنمية والتقدم المطلوب الوصول إليهما.

ويطالب «نيوزتتر» فى هذا الدور بالذات وفى عمليات التنمية والتقدم بصفة خاصة أن يقوم المنظم الاجتماعى بالعمل على اكتشاف موارد جديدة فى المجتمع زيادة على الموارد الحالية ومحاولة إضافتها إلى موارد المجتمع مثل إنشاء هيئات جديدة أو اكتشاف قيادات سياسية أو مهنية أو شعبية ودعم أجهزة تنظيم المجتمع «المؤسسة الطبية» بإنشاء أقسام وإدارات جديدة مثل إنشاء قسم للبحوث أو الاستعلامات أو الإرشاد الاجتماعى أو مكاتب ومراكز التطوع أو دعم لجان جهاز تنظيم المجتمع «المؤسسة الطبية» بلجان جديدة لم تكن موجودة بما يتناسب مع مسئوليات الجهاز وحاجة المجتمع.

ويدخل ضمن إطار هذا الدور أيضاً العمليات المتعلقة بجمع الأموال وتوفير الميزانيات للقيام بمشروعات وبرامج جديدة يحتاجها المجتمع لتوسيع

نطاق العمل حتى يشمل مناطق ومجالات وفئات لم يسبق أن استفادت قبل الآن.

ويلاحظ فى محاولة «نيوزتتر» أن الجديد فيها هو إطلاق اسم العمل بين الجماعات على طريقة تنظيم المجتمع ولكن من حيث تحديده للأدوار فإنه قد وقع فى العديد من الأخطاء حيث أنه خلط بين الدور والعملية لأن الدور الاجتماعى يشتمل على العديد من العمليات كما أنه فى تحديده للعمليات الإنمائية والإنشائية فإن ذلك لايعتبر دوراً قائماً بذاته إذا أن الهدف النهاذى لطريقة تنظيم المجتمع التى تهدف إلى إحداث التغيير الاجتماعى المرغوب بل أن ذلك ليس وقفاً على طريقة تنظيم المجتمع وحدها بل أنه هدف العديد من المهن الموجودة فى المجتمع.

كما أن العمليات الإدارية التى يطالب المنظم الاجتماعى القيام بها يوجد العديد من المهنيين الذين يمكن أن يقوموا بهذه الوظيفة أو المسئوليات بكفاءة بناءاً على تخصصهم أكثر من المنظم الاجتماعى.

وتوسيع قاعدة العمل والمسئوليات التى يقوم بها الأخصائى الاجتماعى تفقده تخصصه وتقلل من فرص اعتراف المجتمع به. وخاصة بعد إنفتاح ممارسة الخدمة الاجتماعية فى الأجهزة المضيفة فى مجالات الرعاية الاجتماعية المتعددة[١٠].

وهنا سنلقى الضوء على نظرية «مارى روس» لدور المنظم الاجتماعى فى التنظيمات الاجتماعية (فى المستشفى):

أولاً: دور المرشد:

ويقوم المنظم الاجتماعى بهذا الدور لمساعدة المستشفى على إيجاد الوسائل المختلفة لتحقيق أهدافها حيث يقوم المنظم الاجتماعى بالآتى:

١ – **المبادأة**: بحيث يقوم المنظم الاجتماعى باستثارة الوعى الاجتماعى للعاملين فى المنشأة الطبية لإدراك مشاكلهم، وأصعب الأعمال التى تواجه المنظم الاجتماعى (كمرشد) عندما يعمل فى مجتمع يظهر فيه نوع من سوء التنظيم أو الإتكالية واللامبالاة والإقتناع بالأوضاع القائمة حتى وإن كانت سيئة، لذلك فإن عليه أن يعمل معهم على خلق الشعور بالحاجة وعدم الرضا عن الظروف القائمة.

٢ – **الموضوعية**: حيث يقوم المنظم الاجتماعى بتقبل مجتمع المستشفى الذى يعمل بها بظروفها وأوضاعها حتى بدون أن يتحيز لها حتى يتمكن من كسب ثقة العاملين فى المستشفى تمهيداً لأحداث التغيرات الاجتماعية فيه.

٣ – **التعرف على مجتمع المستشفى أو المنشأة الطبية**: حيث يقوم المنظم الاجتماعى بتكوين علاقات مهنية مع كل جماعات المستشفى والارتباط بالمستشفى ككل دون الإهتمام بجماعة منه دون الجماعات الأخرى.

٤ – **تقبل الدور وتوضيحه وتفسيره**: إذ يجب على المنظم الاجتماعى أن يتقبل دوره بإعتباره المساعد والمعاون للتنظيم على التغلب على مشكلاته وألا يتحمل عنهم المسئوليات بل يساعدهم على تحمل مسئولياتهم فى حل المشكلات وإشباع الاحتياجات.

كما ينبغى أن يقوم بتوضيح وتفسير دوره من خلال المواقف المختلفة التى يتعامل فيها مع التنظيمات الاجتماعية بالمستشفى.

ثانياً: دور المنظم الاجتماعى (دور الممكن):

حيث يقوم المنظم الاجتماعى فى هذا الدور بتسهيل عمليات تنظيم المجتمع داخل المستشفى أو المنشأة الطبية.

١- التركيز على عدم الرضا على الأوضاع السيئة السائدة فى المستشفى وذلك عن طريق الإستمرار فى إستثارة العاملين بالمستشفى للشعور بعدم الرضا عن هذه الأوضاع لضمان إستمرار العمل وإيجاد البرامج التى تهدف إلى مواجهة المشكلات.

٢- مساعدة العاملين فى المستشفى للإرتباط بالتنظيمات الاجتماعية القائمة وتشجيع هذه التنظيمات لكى تنهض بمسئولياتها حتى لايشعر العاملون بقصورها عن إشباع احتياجاتهم وحل مشكلاتهم.

٣- دعم العلاقات فى المنشأة الصحية وذلك عن طريق:

أ) العمل على حل الخلافات والنزاعات التى قد تكون قائمة بين العاملين فى المستشفى.

ب) إيجاد البرامج الهادفة إلى التخلص من الخلافات مع غيرها من العاملين، وتدعيم العلاقات التعاونية من خلال إشتراكهم فى البرنامج.

حـ) إيجاد برامج للعلاقات العامة تهدف إلى إيجاد الوعى والشعور بالإنتماء لمجتمع المستشفى وجماعاته وتنظيماته.

د) عن طريق توفير الوحدات السكنية لهم والمواصلات.

٤- التركيز على البرامج التى تهدف لرعاية أكبر عدد من العاملين فى المنشأة الطبية.

التنظيمات الإجتماعية بمجتمع المستشفى فى تقييم خدمات هذه التنظيمات وذلك للوقوف على الصعوبات التى تواجهها وأساليب التغلب عليها.

رابعاً: دور المعالج:

وفى هذا الدور يقوم المنظم الإجتماعى بوضع برامج العلاج المناسبة لمواجهة المشكلات المتصلة بمجتمع المستشفى ومن واجبات هذا الدور:

١ - الإشتراك مع الإدارة فى التخطيط لبرامج التدريب المناسبة لرفعة كفاءة العاملين والمحافظة على التنظيمات القائمة بالمستشفى.

٢ - القيام ببرامج تهدف إلى زيادة الخبرة والكفاءة للعاملين فى المنشأة الطبية.

٣ - القيام بالتخطيط للأنشطة والبرامج التى تؤدى إلى إيجاد روح الإنتمائية.

٤ - إقتراح توفير وسائل الإنتقال والسكن لمنع حالات التأخير والغياب.

٥ - التخطيط لبرامج محو الأمية والدورات التدريبية لرفع كفاءة العاملين.

٦ - القيام بتعديل الإتجاهات السلبية للعاملين في المستشفى والعمل على تحويلها إلى إتجاهات إيجابية (١١).

وبناء على ماتقدم من تحديد دور المنظم الإجتماعى فى المجال الطبى، يمكن أن نعرض وجه نظر الدكتور سيد أبو بكر فى دور المنظم الإجتماعى حيث يركز على إن تنظيم المجتمع ينبغى أن يقوم بممارسة دوره على أساس من الفهم والوعى والمعرفة الكاملة بفلسفة تنظيم المجتمع وأهميته والعمل على تحقيق أهدافه التى يساهم لتحقيقها فى تحقيق أهداف المجتمع، مستخدماً كل العمليات والأساليب الممكنة الملتزمة بمبادىء المهنة

وأخلاقيتها مستعيناً فى ذلك بالقيادات المختلفة الأخرى الموجودة فى المجتمع والتى عليه يقع عبء إكتشافها.

وأخصائى تنظيم المجتمع يمارس دوره من خلال أجهزة تسمى بأجهزة تنظيم المجتمع، **ويمكن تلخيص وعرض أهم العناصر التى يشتمل عليها دور المنظم الإجتماعى.**

١- المشاركة فى وضع سياسة الجهاز الذى يعمل معه وتحديد أهدافه فى ضوء السياسة العامة للمجتمع.

٢- العمل على مساعدة الجهاز الذى يسند إليه العمل معه على تأدية مهمته بنجاح (مجلس الإدارة ، اللجان).

٣- القيام بالبحوث والدراسات اللازمة للتعرف على إحتياجات المجتمع ومشكلاته وموارده وإمكانياته.

٤- وضع خطة العمل على أسس الأهداف التى يحددها الجهاز لإشباع حاجات جماهير المجتمع ولحل مشكلاتهم وترتيب تلك الحاجات حسب أولوياتها من وجهة نظر المجتمع.

٥- العمل على تنسيق جهود هيئات ومؤسسات وجمعيات المجتمع لمنع تكرار أوتضارب الخدمات التى تؤديها للمواطنين.

٦- العمل على حل المشكلات أو الصراعات أو التناقضات التى قد تنشأ بين أفراد وجماعات وتنظيمات المجتمع وتقوية الروابط وتحسن العلاقات بين أفرادها وقيادات المجتمع الممثلة فى الجهاز أو التنظيم الذى يعمل معه أخصائى تنظيم المجتمع.

٧- العمل على إكتشاف القادة الشعبيين والمساهمة فى تدريبهم وتثقيفهم وتهيئتهم لتحمل مسئوليات العمل الاجتماعى.

٨- العمل على إيجاد بعض المشروعات العامة التى تستفيد منها الوحدات الممثلة فى جهاز تنظيم المجتمع والتى تفيد المجتمع فى نفس الوقت كمراكز التدريب ومكاتب التطوع ومشروعات التمويل.

٩- القيام بمد الهيئات والمؤسسات والجميعات الموجودة فى المجتمع بالمشورة الفنية التى تساعد على القيام بمسئوليتها خير قيام.

١٠- العمل على تشجيع تطوع أفراد المجتمع للمساعدة فى برامج وأنشطة الرعاية الإجتماعية والتنظيم والتطوع.

١١- تنظيم المؤتمرات والمجتمعات والندوات والمناقشات ونشر المطبوعات والقيام بمشروعات نموذجية وماشابه ذلك العمل على نشر الوعى وتنوير الرأى العام على إنشاء التنظيمات الجديدة التى قد يحتاج إليها المجتمع.

١٢- العمل على تحسين مستوى الخدمات التى تقدمها الهيئات والمؤسسات والجمعيات لسكان المجتمع على أن تؤدى تلك الخدمات بالطريقة التى ترضى هؤلاء السكان وتحفظ عليهم كرامتهم.

١٣- تنظيم مكتب أو قسم الإستعلامات بجهاز التنظيم فى المجتمع لكى يستطيع السكان التعرف عن طريق الهيئات والمؤسسات والجمعيات الموجودة بالمجتمع بأنواع الخدمات التى تقدمها تلك الوحدات وطريقة الحصول عليها.

١٤- قياس الرأى العام لسكان المجتمع وتحليله وعمل الإعلام اللازم للرد عليه.

١٥- العمل على مؤازرة المشروعات الحكومية وتشجيع سكان المجتمع على مساندتها وتدعيمها والإستفادة منها وتحديد العلاقات بين الأجهزة الأهلية والحكومية التى تمارس أنشطة المجتمع أو الأنشطة التى ترتبط بها.

١٦- تسجيل جميع الأعمال والأنشطة والمشروعات والبرامج التى يقوم بها جهاز تنظيم المجتمع والتأكيد على أنها تسجل تسجيلاً دقيقاً.

١٧- تقويم جميع أعمال ومشروعات وبرامج جهاز تنظيم المجتمع لقياس مدى نجاحه أو فشله وكذلك يقيم الأخصائى الإجتماعى أعماله ودوره المهنى الذى يمارسه فى تنظيم المجتمع.

١٨- غير ذلك من الأعمال التى تقتضيها طبيعة العمل والظروف المحيطة به، أومايقره المسؤلون عن جهاز تنظيم المجتمع.

دور الأخصائى الاجتماعى الطبى فى بعض القطاعات النوعية.

أولاً: قطاع المستشفيات العامة (الحميات ، الرمد، الجلد، الجذام):

١- دور الأخصائى فى الأقسام الداخلية والخارجية:

أ- المرور اليومى على مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفى وإستقبال الحالات الجديدة المحولة من العيادات الخارجية وعمل الأبحاث الاجتماعية الأولية للكشف على الحالات التى تحتاج إلى رعاية إجتماعية خاصة.

ب- عمل الأبحاث الإجتماعية الشاملة فى البيئة للحالات المستحقة للرعاية الاجتماعية الخاصة.

جـ- إجراء الأبحاث الاجتماعية للحالات التى يصرف لها مساعدات مالية أو عينية بالمستشفى والإشتراك فى توزيعها على المرضى.

د- حل المشاكل الخاصة بالمرضى ومساعدتهم على التكيف بالأقسام الداخلية وتقبل النظم المتبعة وإقناعهم بفائدة العلاج وأهمية الإنتظام فيه.

هـ- مقابلة المرضى قبل إجراء بعض العمليات الجراحية وتشجيعهم على

قبولها بإزالة أسباب القلق والخوف على مشاكلهم المالية والاجتماعية الممكنة خلال فترة وجودهم فى المستشفى.

و- التأهيل المهنى للمرضى الذين تمنعهم حالاتهم من مزاولة مهنتهم الأصلية عن طريق إنشاء أقسام التأهيل المهنى أو تحويلهم إلى مؤسسات التأهيل المهنى.

- توجيه الحالات التى تحتاج إلى مساعدات مالية أو عينية إلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية.

٢- دور الأخصائى الاجتماعى فى عيادة الروماتيزم القلب:

١- بحث جميع حالات روماتيزم القلب.

٢- تتبع الحالات للتأكد من الإستمرار فى العلاج.

٣- تتبع الحالات من الوجهة الاجتماعية وتأدية الخدمات الإجتماعية عن طريق تحويل الأسرة للمؤسسات والهيئات أو الإتصال بالمؤسسات والهيئات لتوفير الخدمات وتقديمها للحالات.

٤- التوعية الصحية للمترددين على العيادة الخارجية وأسرهم.

٥- إزالة الضغوط النفسية لدى أسرة المرضى وشرح طبيعة المرض ودور الأسرة فى الوقاية.

ثانياً: قطاع الأمراض النفسية والعقلية:

١- دور الأخصائى الاجتماعى فى مستشفيات الأمراض العقلية:

١- القيام ببحث اجتماعى نفسى لحالات المرضى الجدد والإتصال بأهالى المرضى للحصول منهم على المعلومات الأساسية عن حياة المريض وتاريخ مرضه.

٢- الإشتراك مع الطبيب المعالج وهيئة العلاج فى مناقشة الجانب الاجتماعية للمرضى.

٣- تنظيم برامج ترفيهية للمرضى عن طريق إقامة حفلات تمثيلية وسينيمائية وتشجيع الإقبال على النادى والألعاب الرياضية.

٤- عقد إجتماعات دورية مع أهالى المرضى وتوجيه النصح اللازم والنظر فى شكواهم.

٥- تتبع حالات المرضى بعد خروجهم للعمل على حل مشاكلهم سواء فى العمل أو فى الدراسة.

٢- دور الأخصائى الاجتماعى فى العيادات الخارجية للجمهور:

١- إستقبال جميع حالات المرضى الجدد وعمل مقابلات معهم.

٢- القيام ببحث اجتماعى نفسى لحالات المرضى الجدد التى تحول من الإخصائى.

٣- تنظيم البرامج الترفيهية لمرضى الأقسام الداخلية.

٤- التعرف على موارد البيئة بغرض الإستفادة منها لصالح مرضى المستشفى وأسرهم.

٥- عقد إجتماعيات دورية مع أهالى المرضى وتوجيه النصح لهم والنظر فى شكواهم.

٦- تتبع حالات المرضى بعد خروجهم من المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعصبية والعمل على حل مشاكلهم.

ثالثاً: دور الأخصائى الاجتماعى فى قطاع الصحة المدرسية:

١-إستقبال الحالات المحولة من أطباء الوحدة أو المدارس وإجراء بحث إجتماعى أولى بالوحدة، للكشف عن الحالات التى تحتاج للرعاية الاجتماعية.

٢- عمل الأبحاث الاجتماعية الشاملة بغرض تقديم الخدمات الاجتماعية للطالب وأسرته.

٣- إجراء الأبحاث الاجتماعية فى البيئة الخارجية للحالات المحتاجة إلى أجهزة تعويضية على نفقة الدولة مع مراعاة مايأتى:

أ- التأكد من مصادر قيمة الوثائق والمستندات عند بحث الحالات البيئية.

ب- مراعاة القواعد والتعليمات الصادرة بشأن إعفاء تلاميذ المدارس نفقات الأجهزة التعويضية.

جـ- إبراز العوامل المؤدية للإستغناء عن قواعد الإعفاء من نفقات الأجهزة التعويضية مثل إرتفاع إيجار المساكن، أونفقات التعليم، أو العلاج أو الكوارث وغيرها.

٤- إعداد ملخص البحث الاجتماعى وقرار المساعدة لكل حالة ورفعه للمنطقة لإعتماده عن طريق مدير المجموعة.

٥- متابعة التلاميذ المرضى بأمراض مزمنة أو مستعصية والذين يقتضى علاجهم التردد على الوحدة فترات طويلة (الدرن، روماتيزم القلب، حالات الصرع ... إلخ) وعمل ملف خاص لكل منهم وتقديم الخدمات الاجتماعية للطالب والأسرة.

٦- توجيه أفراد أسر التلاميذ المحتاجين إلى رعاية اجتماعية إلى الهيئات والمؤسسات المتخصصة.

٧- المساهمة فى إقامة المهرجانات الصحية فى المناسبات العامة.

٨- الإشتراك فى إعداد الخطط للأصناف الخاصة بالمساعدات الصحية الاجتماعية كالنظارات، السماعات الطبية والأطراف الصناعية وأجهزة الشلل ... إلخ. ومتابعة توريد تلك الأصناف.

رابعاً: دور الأخصائى مع مرضى الأمراض التناسلية:

١- توفير جو الثقة للمريض للتجاوب مع خطة العلاج الطبى التى قد تستغرق زمناً طويلاً يزيد فى بعض الحالات عن سنتين.

٢- تبصير المريض وتوعيته بحقيقة المرض والنتائج التى تترتب على عدم مواصلة العلاج.

٣- العمل فى لباقة وحرص فى محيط الأسرة والمخالطين للمريض وضمان عدم إنتقال العدوى للآخرين.

٤- التوعية الجنسية التى توضح الطريق أمام بعض المرضى وتحول دون تكرار الإصابة بالمرض.

٥- حل المشكلات الأسرية وتذليل الصعوبات التى تتصل بالمرض أو تعترض سبيل تحقيق الشفاء.

٦- معاونة الطبيب بوضع صورة واضحة عن حالة المريض من واقع البحث الاجتماعى توضح نشأة المرض وملابساته، وإتجاهات المريض خلال خطة العلاج.

٧- إتخاذ التدابير التى تعين على تمتع المريض مستقبلاً بحياة لاتدعو للإنغماس فى مسببات المرض التناسلى كتنظيم شغل أوقات الفراغ لبعض المرضى وتشجعيهم على ممارسة أنشطة ترقى بنزواتهم وكبح جماح شهواتهم.

٨- الإشراف على تحويل المرضى المصابين بمضاعفات الأمراض التناسلية إلى أقسام المستشفى الأخرى التى تعنى بهم.

٩- فى حالات العلل والأمراض التناسلية الأخرى كعدم القدرة على الإنجاب أو الرغبة فى تحديد النسل يعمل الأخصائى الاجتماعى بعد أخذ رأى الطبيب على الإستفادة من موارد البيئة لهذا الغرض وفى مقدمتها أجهزة الأسرة ورعايتها.

١٠- العمل على إعادة التكيف النفسى لبعض الحالات ومساعدة زويها على تخفيف الضغوط والإنفعالات المترتبة على حالتهم المرضية وإشعارهم بجدوى العلاج.

خامساً: دور الأخصائى الاجتماعى فى قطاع رعاية الأمومة والطفولة:

أولاً: بالنسبة للأمهات:

١- إستقبال الحالات الجديدة المحولة من طبيب المركز وعمل الأبحاث الاجتماعية الأولية بالكشف عن الحالات التى تحتاج إلى رعاية اجتماعية خاصة.

٢- إجراء الأبحاث الاجتماعية الشاملة فى البيئة التى تحتاج إلى رعاية اجتماعية خاصة، أو الحالات التى تصرف مساعدات مالية أو عينية من المركز.

٣- العمل على إنتظام المترددات على المركز فى المواعيد المقررة وإستدعاءات حالات الإنقطاع أو التخلف.

٤- العمل على إستمرار تقديم الرعاية الاجتماعية اللازمة للأمهات والأطفال فى سن ماقبل المدرسة.

٥- العمل على توجيه الأزواج لتوقيع الكشف الطبى عند الإصابة ببعض الأمراض التناسلية.

٦- توجيه الحالات التى تحتاج إلى مساعدة مالية أو خدمات أخرى إلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية فى البيئة للإستفادة من خدماتها.

٧- تزويد كافة الهيئات المعنية برعاية الأمومة والطفولة وتزويدها بالمعلومات الكافية عن خدمات المركز وتنسيق الخدمات التى تقدمها.

٨- التثقيف الصحى للأفراد و لأسر داخل المركز وأثناء التواجد فى البيئة الطبيعية للأسرة.

ثانياً: بالنسبة للأطفال اللقطاء، والضالين، والمعزولين عن زويهم:

١- العمل على إثارة الوعى الاجتماعى بين الأمهات المترددات على المركز والموجودات فى البيئة المحيطة به والهيئات الاجتماعية عن مشكلة هؤلاء الأطفال وأهمية توفير العمل الكافى من المراضع لهم.

٢- العمل على إعداد العدد الكافى من الأمهات الصالحات للرضاعة بعد إجراء البحوث الاجتماعية للتأكيد من صلاحيتهم لهذا الغرض.

٣- العمل على سرعة تسليم الأطفال إلى المرضعات ومتابعتهم من خلال الزيارات المنزلية.

ثالثاً: بالنسبة لحالات الأسر البديلة:

١- المحافظة بصفة خاصة على سرية البيانات الخاصة بهؤلاء الأطفال، وعدم السماح بالإطلاع عليها إلا للجهات المختصة.

٢- توجيه الأسر البديلة الصاحلة إلى إتخاذ إجراءات إستمرار كفالتهم للأطفال إذا ثبت صلاحية هذه الأسر.

٣- العمل على إيجاد رأى عام مستنير بين المترددات على المركز والهيئات الإجتماعية فى البيئة لتشجيع الإقبال على كفالة الأطفال وبيان الإجراءات اللازمة لذلك.

٤- التأكد من سلامة كافة الإجراءات الخاص لكفالة الأطفال لدى الأسر المضيفة قبل تسليم الطفل والإطلاع عليها وإثباتها بملفات الأطفال(١٢).

المعوقات التى تحد من دور الأخصائى الاجتماعى الطبى:

أولاً: معوقات ترجع إلى الهيئة الطبية بالمستشفى:

١-تتمثل هذه المعوقات التى تحد من دور الممارس المهنى من القيام بدوره فى المستشفى فى النظرة غير المتكافئة بين الأطباء والأخصائى الاجتماعى وسيطرة الأطباء وإقتناعهم بأهمية دورهم عن سائر الأدوار الأخرى الأمر الذى يؤدى إلى عدم الإهتمام بهذه الأدوار المعاونة.

٢- نظرة الأطباء وهيئة التمريض إلى دور الأخصائى الاجتماعى بالمستشفى على أنه خاص بتقديم المساعدات والخدمات المادية فقط.

٣- ضغط العمل على الأطباء يحول دون إجتماعهم أو عقد لقاءات مع الأخصائيين الاجتماعيين ممايحد من فاعلية العمل الفريقى لفاعلية الخطة العلاجية.

٤- قصور معرفى وعدم فهم حقيقى لدى الأطباء لدور الأخصائى الاجتماعى وبالتالى عدم الإيمان بدور الخدمة الاجتماعية فى المستشفى.

٥- نظرة الأطباء إلى أهمية التشخيص والعلاج الطبى دون الإهتمام بالجوانب الاجتماعية والنفسية مما يؤثر بدوره على دور الأخصائى الاجتماعى.

ثانياً: معوقات ترجع إلى الأخصائي الاجتماعي «للخدمة الاجتماعية»:

١-عدم وجود التخصص الدقيق لإعداد الأخصائي الاجتماعي الطبي - وإن كانت كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم جامعة القاهرة بدأت هذا التخصص منذ فترة - الأمر الذي يؤدي إلى إدراك الممارس المهني لدوره الحقيقي في المستشفى.

٢- شعور الأخصائي الاجتماعي بالنقص والقصور حينما يعامل مع الأطباء، الأمر الذي يؤدي إلى قيامه بالأعمال الروتينية والإدارية دون التعاون مع الفريق العلاجي.

٣- تحول بعض الأخصائيين الاجتماعيين إلى مساعدة الفقراء وتحويل بعض العملاء إلى مؤسسات أخرى.

٤- تثبيت معرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين في هذا المجال، الأمر الذي يجعلهم بعيدين عن كل تطور علمي سواء في المهنة أو في التنظيم أو في المجال الطبي، الأمر الذي يساعد على إنعزالهم وإنخراطهم في الأعمال الإدارية.

٥- عدم ترحيب الأخصائيين الاجتماعيين في هذا المجال على الإقبال على الدورات التدريبية والدراسات العليا في تخصصهم للرقي بمعارفهم، الأمر الذي يؤدي إلى احداث الفجوة بين كل ما هو جديد في المهنة وفي المجال.

ثالثاً: معوقات ترجع إلى إمكانية المؤسسات الطبية:

١- ضعف الميزانية العامة للمستشفى وهذا يؤثر على ميزانية قسم الخدمة الاجتماعية وبالتالي على قيام الأخصائي الاجتماعي بدوره على أكمل وجه.

٢- نقص كبير في عدد الأخصائيين في المستشفى الأمر الذي يؤدى إلى عدم إستطاعة قسم الخدمة الاجتماعية الموجود بالقيام بدوره على أكمل وجه وبالتالى العمل مع الحالات العاجلة.

٣- عدم وجود المكان المناسب لقسم الخدمة الاجتماعية الأمر الذى يحد من قيام الأخصائيين بأدوارهم المهنية.

٤- عدم وجود أماكن مناسبة لنقاهة المرضى الأمر الذى يؤدى إلى عدم إستطاعة الأخصائى من مساعدة المرضى على التماثل بالشفاء.

٥- تخلف الأجهزة ومعدات المستشفى الأمر الذى يؤدى إلى عدم قيامها بفاعلية فى تحقيق أهدافها.

خاتمـة:

من خلال هذا العرض للمهام الوظيفية للأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى يتضح أن له دوراً هاماً لممارسة المهنة في نطاق هذا الميدان من خلال النقاط الآتية:

يوجد قسم للخدمة الاجتماعية داخل المؤسسات الطبية يقوم بالعمل فيه مجموعة من الأخصائيين الاجتماعيين المعدين للقيام بهذا الدور، بحيث يتكامل عمل هذا القسم مع بقية الأقسام الأخرى داخل المستشفى فى تقديم أوجه الرعاية الصحية للمرضى.

أهمية دور الاخصائى الاجتماعى مع المرضى سواء فى دراسة التاريخ الاجتماعى للمرضى، أو الظروف الاجتماعية والأسرية المصاحبة للمرض، وتخفيف المخاوف المرضية لدى المرضى، ومساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم داخل وخارج المؤسسة الطبية.

أهمية دور أخصائى الجماعة مع جماعات المرضى من خلال تنمية وعيهم بطبيعة المرض وطرق الوقاية منه، هذا بجانب شغل وقت فراغهم من خلال ممارسة هواياتهم، والمشاركة فى وضع البرامج التى تخفف من شعورهم بالملل وتبعدهم عن التفكير فى الأوهام المرضية.

كما أن لدور أخصائى تنظيم المجتمع دوراً هاماً فى مساعدة التنظيم الطبى فى القيام بوظائفه بكفاءة وفاعلية، تقديم الأبحاث والدراسات التى تفيد المؤسسة الطبية فى وضع الخطط والبرامج التى تفيد مجتمع المرضى، هذا بجانب عقد الندوات واللقاءات لإثارة وعى سكان المجتمع المحلى بطبيعة الأمراض المنتشرة وكيفية الوقاية منها والعلاج.

وبهذا يتضح أن للأخصائى الاجتماعى الطبى دور أساسى وفعال فى تحقيق وظائف المؤسسات الطبية، وفى تقديم أوجه الرعاية للمرضى للإستفادة من فرص العلاج وعودتهم إلى بيئاتهم الطبيعية ليشاركوا المجتمع فى العمل والعطاء.

مراجع الفصل العاشر

١ – إقبال بشير، إقبال مخلوف، الرعاية الطبية والصحية والمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٤ ، ص ص ١٤٣ – ١٤٤ .

٢ – عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع المعاصر، الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٣ ، ص ١٣٥ .

٣ – أنظر فى هذا الشأن:

- فاطمة الحارونى، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية، مطبعة السعادة، القاهرة، (ط ٥)، ١٩٧٤ ص ٦٠٥ – ٦٣٥ .

٤ – أنيس عبد الملك، وآخرون، خدمة الجماعة فى المجتمع الإشتراكى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٤ ، ص ٤٢٧ – ٤٣٦ .

٥ – سيد أبو بكر حسانين، طريقة الخدمة الاجتماعية فى تنظيم المجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص ٤٧٢ – ٤٧٣ .

٦ – إبراهيم عبد الهادى المليجى، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مكتبة المعارف الحديثة، ب ، ت، ص ٢٧٥ .

٧ – سيد أبو بكر حسانين، طريقة الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٢١٧ – ٢١٨ .

٨ – إقبال محمد بشير، وآخرون، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٠ ، ص١٥٣ – ١٥٥ .

٩- عماد الدين عيد، الصحة العامة وبرامجها، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٣، ص ١ - ١٥.

١٠- أحمد مصطفى خاطر، طريقة تنظيم المجتمع، المكتب الجامعى الحديث ، الإسكندرية، ١٩٨٤، ص ١٧٩ - ٢٠٢.

١١- محمد بهجت كشك، تنظيم المجتمع الإستراتيجيات والأدوار، الجزء الثانى، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية ١٩٨٨، ص ١٥٩ - ١٦٣.

١٢- وحول دور الأخصائى أنظر كل من:

- محمد عبد المنعم، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٧٩، ص ١٠٥ - ١٣٦.

- عونى توفيق قنصوة، مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ص ٢٧٥ - ٢٧٨.

- إبراهيم المليجى، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مكتبة المعارف الحديثة. الإسكندرية بدون سنة نشر، ص ٢٨٩ - ٣٠٨.

- محمد رضا عنان، عبد المحى محمود، إسهامات طريقة تنظيم المجتمع فى مجال الجريمة والمجال الطبى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة ١٩٩١.

- عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩.

الباب الثاني

الخدمة الاجتماعية وتأهيل المعوقين

تقديـــم:

لكل إنسان الحق فى أن يتمتع بانسانيته، وإذا كانت أنصبه الخلق من مزايا الإنسانية مختلفة فإنهم جميعاً يتساوون فى القيمة البشرية.

فإذا نقص إنسان عن زملائه البشر نقصاً جسمياً أو عقلياً يعوق مجاراته لهم فى الواجبات فإن هذا النقص يجب ألا يعوقه عن تمتعه بما فيه من إنسانية، مراعاة لآدميته المكرمة، وحماية لمصالح المجتمع.

ومن هنا اتجهت الدول الحديثة نحو الإهتمام بالمعوقين[1]. والخدمة الإجتماعية كمهنة يمكنها أن تساهم - بجانب المهن والتخصصات الأخرى بدور فاعل فى محيط رعاية هذه الفئة ومساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم التى عصفت بها ضغوط الحياة الإجتماعية ومشكلاتها المتزايدة، فى فترة عجزت فيها النظم الإجتماعية عن مواجهتها وفى وقت فقدت فيه هذه النظم جزءاً لا يستهان به من فاعليتها التقليدية[2].

ومن ثم جاء إهتمامنا فى هذا الباب مركزاً على مناقشة مجموعة من المفاهيم والتصورات النظرية المرتبطة بهذا الميدان حتى يستطيع الممارس المهنى الالمام بما تعنيه هذه المفاهيم من جانب، مع عرض لمشكلات الاعاقة واتجاهات علاجها والدور المهنى الذى يمكن أن تسهم به الخدمة الإجتماعية بطرقها المختلفة فى محيط رعاية وتأهيل هذه الفئة من جانب أخر.

الفصـــل الحادى عشر

مفهومات وتصورات نظرية

(الإعاقة، المعوق، التأهيل)

تمهيد:

من أهم خصائص العلم التى تميزه عن غيره من ضروب المعرفة، الدقة والموضوعية. ومن مستلزمات الدقة فى العلم البدء بوضع تعريفات واضحة محددة لكل مفهوم أو مصطلح يستخدمه العلماء فى كتاباتهم، مهما بدت هذه المفهومات أو تلك المصطلحات بسيطة أو واضحة وذلك لتجنب أى لبس فى معنى هذه المصطلحات وتحديد ما تشير إليه بدقة[٣].

ومن ثم كان الزاما على الممارس المهنى أن يكون مستوعباً تماماً لكافة المصطلحات والمفاهيم المستخدمة فى تخصصه، ذلك لأن المفاهيم تعتبر بمثابة اللغة العلمية التى يتداولها الممارسون فى مجال الممارسة من جانب، مما يجعل الإتصال بينهم يسيرة من جانب آخر[٤].

ولهذا نعرض من خلال هذا الفصل لمناقشة المفهومات والتصورات النظرية لكل من «الإعاقة»، «المعوق» و «التأهيل» حيث نوضح أبعاد هذه المفاهيم المختلفة، تلك التى تشكل إطاراً نظرياً للإنطلاق منها إلى موضوع معالجتنا الذى سيتم عرضه فى الفصول التالية.

في نطاق مفهوم
الإعاقة، المعوق، التأهيل

(أ) مفهوم الإعاقة:

تعرف الإعاقة بأنها. العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص (جسمياً أو نفسياً) فيصبح نتيجة لذلك غير قادر على أن يتنافس بكفاءة مع أقرانه الأسوياء، كما يتضمن تعريف منظمة الصحة العالمية ١٩٨٠ للإعاقة على المعنى التالي[٥]:

١- **الخلل Imparrment**: أي فقد أو شذوذ في التركيب أو في الوظيفة السيكولوجية أو الفيزيولوجية.

٢- **العجز Disability**: عدم القدرة على القيام بنشاط بالطريقة التي تعتبر طبيعية بسبب الخلل.

٣- **العاهة أو الإعاقة Handicap**: نتيجة للخلل أو العجز بتقييد نشاط الشخص بالنسبة لأداء مهمة معينة.

هذا وهناك عدد كبير من المصطلحات التي تستعمل للإشارة إلى الإعاقة ويختلف التركيز عليها من بلد إلى آخر ومن فترة زمنية إلى أخرى. ومن العبارات التي استعملت التعوق، القصور، الإضطراب، التدهور، الشذوذ. الخ.

مما سبق يتبين لنا[٦]:

١ - أن الإعاقة تحدث نتيجة عوامل وراثية أو بيئية، وقد تؤدي إلى إعاقة دائمة أو مؤقتة تظهر بشكل فقد أو تشويه جزء أو عضو أو جهاز من الجسم مثل بتر أحد الأطراف والشكل أو فقد حاسة من الحواس، أو التخلف العقلي .... الخ.

٢ - تؤدى الإعاقة إلى قصور وظيفي يترتب عليه عجز كلي أو جزئي في أداء

الوظائف الحركية أو الجسمية أو العقلية بالصورة والدرجة التى يؤديها الفرد العادى.

٣- وأخيراً، ان المعاناه المترتبة على الإعاقة والقصور الوظيفى على الفرد نفسه - نتيجة حاجاته إلى الإعتماد على الآخرين (جسميا أو نفسيا أو إقتصادياً أو إجتماعياً) وشعوره بالعزلة والدونية ... الخ- تمتد لتشمل أفراد أسرته والمحيطين به، فلأسرة مسئولة عن رعايته ومعالجة مشكلاته وإعالته إقتصادياً، ومن جهة أخرى فالمجتمع يعانى أيضاً نتيجة عدم أو قصور إسهام الفرد المعوق فى الإنتاج وحاجته إلى تخطيط وتمويل برامج رعايته وتأهيله.

(ب) مفهوم المعوق:

كان المعوقون فيما مضى، وحتى حوالى منتصف القرن الحالى، يسمونهم (المقعدون)، ثم أطلقوا عليهم (ذوى العاهات)، ثم تطور هذا التعبير عنهم إلى اصطلاح (العاجزون)، وأخيراً أصبحت المراجع العلمية والهيئات المتخصصة تسميهم (المعاقون - أو المعوقون).

بمعنى وجود عائق بعوقهم عن التكيف. وبهذا المفهوم أصبحت كلمة (معوق) لا تقتصر على المعاقين عن العمل، وإنما أيضاً تشمل المعاقين عن التكيف نفسياً وإجتماعياً مع البيئة.

أضف إلى ما سبق أنه حتى فى المجتمع الواحد، مازال مفهوم المعوق يلتبس بين عامة الناس، وبين المتخصصين، فالمعوق فى رأى عامة الناس، هو كل من به نقص جسيم ظاهر فى بدنه أو عقله أو حواسه مثل حالات البتر والشلل وفقد البصر.

وفى رأى أخصائى التأهيل - وهو التعريف العلمى - هو كل مصاب بعجز بدنى أو عقلى مستديم يعوق تكيفه مع المجتمع والمعوق فى رأى أجهزة

التعداد أو الإحصاء يختلف من مجتمع إلى آخر على أساس التعريف الذى يلتزمون به فى تعليماتهم، فأحياناً يأخذون بتعريف المعوق على أساس أنه ذو العاهة الظاهرة – وهذا فى أغلب المجتمعات – وأحياناً تعطى لهم تعليمات تفيد التعريف العلمى الصحيح – وهذا نادر[٧].

ولعلنا نخرج من هذا بأن الإنسان الكامل غير موجود، فليس هناك من هو (معوق) ولا من هو (سوى) – فكلنا حينئذ معوقون، أو كلنا أسوياء. والآن وبعد مناقشة الآراء السائدة حول مفهوم (المعوق) علينا أن نستعرض مجموعة من التعاريف حول هذا المفهوم منها:

(١) التعريف الصادر من منظمة العمل الدولية: إصطلاح معوق معناه «فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه، نقصاً فعلياً، نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية»[٨].

(٢) وفى القوانين المصرية يعرف قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ المعوق بأنه «هو كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه فى مزاولة عمله، أو القيام بعمل آخر والإستقرار فيه، ونقصت قدرته على ذلك، نتيجة لقصور عضوى أو عقلى أو حسى، أو نتيجة عجز خلقى منذ الولادة»[٩].

(٣) المعوق هو «المواطن الذى إستقر به عائق أو أكثر يوهن من قدرته ويجعله فى أمس الحاجة إلى عون خارجى واع مؤسس على أسس علمية وتكنولوجية يعيدها إلى مستوى« العادية»، أو على الأقل أقرب ما يكون إلى هذا المستوى»[١٠].

(٤) المعوق هو «كل فرد يختلف عمن يطلق عليه لفظ (سوى) أو (عادى) فى النواحى الجسمية أو العقلية أو المزاجية أو الإجتماعية، إلى الدرجة التى تستوجب عمليات التأهيل الخاصة، حتى يصل إلى إستخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه»[١١].

(جـ) مفهوم التأهيل:

يعيش الفرد فى بيئة مادية وإجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، وهو يكون مع هذه البيئة وحدة متكاملة.

هذا يتوقف مدى التوافق النفسى للفرد على مقدار التوافق والأتزان القائم بينه وبين بيئته. لا أنه أحياناً يختل هذا التوافق أو التكيف مع البيئة بدرجة كبيرة يصعب معها على الإنسان أن يواجهة بمفرده، وعندئذ يحتاج إلى خدمات ومساعدات من غيره تساعده على إعادة التكيف أو إعادة التوافق، أو إعادة الإعداد للحياة.

وعلى ذلك يمكن تعريف التأهيل ReHABilitation بأنه: (هو إعادة التكيف أو إعادة الاعداد للحياة).

ولو أننا راجعنا جميع التعاريف المتعلقة بمفهوم التأهيل الواردة فى دوائر المعارف العلمية، أو فى التشريعات أو فى المنظمات الدولية، لوجدنا العديد من هذه التعاريف منها مايلى:

(١) التعريف الذى حدده القانون المصرى لتأهيل المعوقين (رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥) حيث يقصد بتأهيل المعوقين «أى تقديم الخدمات الإجتماعية، والنفسية، والطبية، والتعليمية، والمهنية، التى يلزم توفيرها للمعوق وأسرته لتمكينه من التغلب على الآثار التى تخلفت عن عجزه»[١٢].

(٢) التأهيل هو «عملية إعداد المعوق وتنمية قدراته (بقدر المستطاع) لكى يستطيع أن يعيش ويتكيف ويتنافس مع أقرانه الأسوياء»[١٣].

(د) فى مفهوم التأهيل المهنى:

لهذا النوع من التأهيل تعاريف كثيرة قد تختلف فى الصياغة والأسلوب ولكنها تتحد جميعاً فى توضيح الغرض من التأهيل المهنى للمعوقين.

ومن أهم هذه التعاريف مايلى:

(١) تعرف منظمة العمل الدولية التأهيل المهنى للمعوقين بأنه «ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة، الذى ينطوى على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهنى والتدريب المهنى والتشغيل، مما يهيأ للمعوق فرصة الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه»[١٤].

(٢) التأهيل المهنى هو «برنامج يهدف إلى إعادة الفرد المعوق للعمل الملائم لحالته فى حدود ما تبقى من قدرات وإمكانيات، بقصد مساعدته على تحسين أحواله المادية والنفسية»[١٥].

فى نطاق تصنيف الإعاقات والمعوقين

أن التصنيف والتنميط للإعاقات أو المعوقين إلى فئات قد أثار كثيراً من الجدل والنقاش خلال السنوات الماضية نظراً لما لهذه التصنيفات من مساوئ ومحاسن فى استعمالها فهناك من يرى أن لهذه التصنيفات والتسميات أثر فى إعطاء الشخص المعوق لقب سئ يلصق به ويؤثر على نفسيته، والخطر فى أن يقبل المعوق هذه التسمية ويقتنع بها حتى وإن كانت خاطئة. كما أن التسميات الطبية لا تفى بالغرض التربوى، أضف إلى ذلك أنها قد تصبح قوة ضاغطة تساعد على عزل هؤلاء الأشخاص إجتماعياً عن الباقين.

إلا أنه على الرغم من هذه المساوئ فالتصنيف يساعد على التشخيص الدقيق لحالة المعوق، وعلى التوجيه الإدارى للجهات المناسبة، وعلى مواجهة احتياجات هؤلاء المعوقين سواء التربوية منها أو التأهيلية.

وسوف نحاول فى هذا المقام إلقاء الضوء على أهم هذه التصنيفات سواء للإعاقات أو المعوقين.

تصنيف الإعاقات

نستعرض هنا أهم التصنيفات الرسمية التى وضعتها هيئات دولية والتى وضعتها القوانين والتشريعات فى هذا المجال للحكم على مدى سلامتها.

(أ) التصنيف الصادر من منظمة الصحة العالمية، حيث تصنف الإعاقات إلى الفئات الآتية:

إعاقات بصر، إعاقات سمع، تخلف عقلى، عجز جسمى، اضطراب نفسى وعدم تكيف إجتماعى: صعوبات كلام، صعوبات تعلم.

(ب) وفى القوانين والتشريعات الخاصة بالمعوقين،

- يصنف القانون الأمريكى الأخير ١٤٢ لسنة ١٩٧٥ الإعاقات إلى تسع فئات هى:

١- التخلف العقلى	٢- صعوبات السمع
٣- الصم	٤- صعوبات الكلام
٥- إعاقات البصر	٦- إضطرابات نفسية انفعالية
٧- إصابات الجهاز العضلى	٨- مشاكل صحية
٩- صعوبات تعلم	

- فى حين لم تصنف التشريعات العربية - كالتشريع السعودى - العراقى - المصرى - التونسى.. الإعاقات بإسهاب وإنما اكتفت بتصنيف مقتضب اشتمل عليه التعريف بالمعوق(١٦).

(جـ) ونصنف من جانبنا الإعاقات بحسب مجال العجز وتبعاً للعلة والمصدر الأساسى بالنسبة لجوانب الشخصية أى وفقا للمنظور البنائى للشخصية إلى أربع فئات رئيسية هى:

(١) الإعاقات البدنية الفيزيولوجية:

ويندرج تحت هذه الفئة ذوى العاهات الجسمية والحسية، كما تظهر فى حالات الإقعاد، كف البصر والسمع والنطق، والأمراض المزمنة وغيرها.

(٢) الإعاقات العقلية:

كما تظهر فى حالات الضعف العقلى.

(٣) الإعاقات النفسية:

وتتضمن الإضطرابات النفسية كما تظهر فى الحالات العصابية والذهانية وإضطرابات الشخصية.

(٤) الإعاقات الإجتماعية:

كما تظهر فى النواحى السلوكية والخلقية كحالات الجناح، وارتكاب الجرائم، والانحرافات الجنسية وحالات إدمان المخدرات وغيرها.

تصنيف المعوقين

بالرغم من أن كل حالة من حالات المعوقين تمثل وحدة مستقلة حيث لا يمكن التعميم، إلا أن ذلك لا يمنع من أن يجرى فى محيط المعوقين أنواع من التصنيفات بقصد الدراسة أو التشخيص أو إصدار تشريعات لفئة خاصة أو كغير ذلك من الأسباب.

وهناك أسس كثيرة يتم على مقتضاها التقسيم والتصنيف للمعوقين منها:

(١) تصنيف المعوقين بحسب أسباب الإعاقة:

وطبقاً لهذا الأساس يقسم المعوقون إلى مجموعات، مجموعة أسباب عاهاتها خلقية حدثت فى الطفولة المبكرة، وأخرى لأسباب مرضيه، ومجموعة ثالثة لأسباب حوادث الطريق أو العمل، أو إصابات الحروب وهكذا.

(٢) تصنيف المعوقين بحسب التشخيص الكلينيكى للإعاقة:

وطبقاً لهذا الأساس الطبى يقسم المعوقون إلى فئات، فهناك فئة المكفوفين، وفئة الصم، والبكم، والمقعدين، وضعاف العقول .. إلى غير ذلك من الفئات.

(٣) تصنيف المعوقين بحسب إزمان العاهه وقابليتها للشفاء:

وطبقاً لهذا الأساس فهناك مجموعة المعوقين التى تضم ذوى العاهات المزمنة التى لا يرجى شفاؤها، والمجموعة الأخرى من ذوى العجز الطارئ القابل للشفاء أو التحسن، وتختلف الأسس التى يقوم عليها تأهيل كل منهم.

(٤) تصنيف المعوقين بحسب التكيف المهنى:

وطبقاً لهذا الأساس يمكن تقسيمهم إلى فئات ثلاث:

أ- فئة منتجة: وهى الفئة التى يمكن عن طريق الرعاية التدريب والتشغيل أن تنتج فى الظروف العاديه للعمل.

ب- فئة منتجة جزئياً: وهذه الفئة لا يمكنها أن تعمل فى ظل الظروف العاديه المألوفه للعمل ولكن يمكنها الإنتاج تحت ظروف خاصة تعد لهم «كالمصانع المحميه» واحتياجات هذه افئة أصعب فى التحقيق من احتياجات الفئة الأولى.

جـ- فئة غير منتجة: وأفراد هذه افئة إما أن يكونوا ملازمين الفراش أو على درجة من العجز تجعلهم فى حاجة دائماً إلى معونة خارجية فى التنقل والعمل .. وهذه الفئة تحتاج إلى مساعدات عديدة وعناية، وتهيئة الفرصة أمامهم للإسهام فى إعالة أنفسهم بالقدر الممكن عن طريق تدريبهم فى حدود قدراتهم على بعض الأشغال اليدوية مثلا.

(٥) تصنيف المعوقين بحسب نوع الخدمات التأهيلية:

وطبقاً لهذا العامل يقسم المعوقون إلى مجموعات حسب نوع الخدمات التأهيلية التى تحتاج إليها كل مجموعة فبعض العاهات تحتاج إلى خدمات طبية (تأهيل طبى)، وبعضها يحتاج إلى خدمات مهنية (تأهيل مهنى)، وبعضها يحتاج إلى خدمات إجتماعية (تأهيل إجتماعى)، وقد يحتاج البعض الآخر إلى نوع أو أكثر من هذه الأنواع والخدمات[١٧].

(٦) تصنيف المعوقين بحسب مجال العجز أو نطاق الإعاقة:

(أ) وطبقاً لهذا العامل بقسم محمود محمد الزينى المعوقين على النحو التالى[١٨]:

١- **المعوقون جسمياً**: العجز فى الجهاز الحركى أو البدنى عامه مثل العيوب الناشئة عن الكسور والجروح والحروق والبتر والأمراض المزمنة مثل شلل الأطفال والكساح وروماتيزم المفاصل والبول السكرى والدرن والجذام والسرطان وأمراض القلب وغيرها.

٢- **المعوقون حسياً**: العجز فى الجهاز الحسى مثل عيوب البصر والسمع كالمكفوفين والصم وغيرهم.

٣- **المعوقون عصبياً**: العجز فى الجهاز العصبى المركزى غالبا مثل الصرع والكوريا وغيرها.

٤- **المعوقون عقليا**: النشاط العقلى بسبب إصابات المخ أو إضطراب الأتزان الكيميائى أو الاتزان الجينى وغير ذلك مثل حالات المأفونين والبلهاء والمعتوهين وغيرهم من ضعاف العقول.

(ب) فى حين يصنفهم عثمان لبيب فراج إلى الأقسام الثلاثة الآتية[١٩]:

(١) المعوقون جسمياً:

ويقع تحت هذا القسم فئات:

- الصم والبكم والمصابين بعيوب النطق والكلام.
- المقعدين بعاهات حركية. «فقد أيدى أو أرجل أو شلل أطفال».
- المصابين بأمراض مزمنة كأمراض القلب والصدر ... الخ.

(٢) المعوقون عقلياً:

ويقع تحت هذا القسم فئات تعانى من قصور أو توقف فى نمو الذكاء.

- القابلون للتعليم «ميرون أو مأفون» ويقع ذكاؤهم بين ٥٠، ٧٥ درجة.
- القابلون للتدريب «بلهاء» ويقع ذكاؤهم بين ٢٥، ٥٠ درجة.
- شديد التخلف «معتوهين» ويكون ذكاؤهم أقل من ٢٥ درجة.

كما يقع تحت هذا القسم فئات الأفراد الذين يعانون من مرض عقلى كالفصام والبرانويا.

(٣) المعوقون إجتماعياً:

ويقع تحت هذا القسم فئات:

- المعرضون للإنحراف من أطفال الأسر المتصدعة.
- اللقطاء.
- الأحداث المنحرفون.
- المدمنون على المخدرات والمسكرات.

(جـ) كما يصنفهم يحيى درويش إلى الفئات التالية[٢٠]:

(١) المعوقون من حيث الجانب العقلى: وهم المتأخرون عقلياً (ضعاف العقول).

(٢) **المعوقون من حيث الجانب الجسمى والحسى**: ومنهم المعوقون بصريا، ضعاف السمع، المقعدون، المرضى المزمنون، المشوهون، المعوقون كلاميا.

(٣) **المعوقون انفعالياً**: وهم الذين يواجهون صعوبة فى التوافق الشخصى والانفعالى ويتسم سلوكهم بصفة عامة بالحساسية الانفعالية والاندفاعية، الكراهية والعدوان، الغيرة والغضب، مشاعر الذنب الشاذة .. الخ.

(٤) **المعوقون من حيث الجانب الإجتماعى**: وهم الشواذ إجتماعياً الذين يواجهون صعوبة فى التوافق الشخصى والإجتماعى، ومنهم حالات الجناح والسلوك السيكوباتى.

وفى ضوء ماسبق، يمكننا تصنيف المعوقين بحسب نطاق الإعاقة ووفقاً للمنظور البنائى للشخصية إلى أربع فئات رئيسية هى:

(أ) **المعوقون بدنياً**: ويندرج تحت هذه الفئة ذوى العاهات الجسمية والحسية كالمقعدين والمكفوفين والصم والبكم ومرضى القلب والدرن وغيرهم.

(ب) **المعوقون عقلياً**: كضعاف العقول (المأفونين، البلهاء، المعتوهين وغيرهم).

(جـ) **المعوقون نفسياً**: ويندرج تحت هذه الفئة مضطربى الشخصية والعصابيين والذهانيين.

(د) **المعوقون إجتماعياً**: كالمجرمين والجانحين ومدمنى المخدرات والمسكرات وغيرهم

وأخيراً، نستنتج مما سبق أن التصنيف والتنميط سواء للإعاقات أو المعوقين قد تميز بتغيير مستمر وتنوع فى التسميات ولكن بالرغم من اختلاف التسميات نلاحظ تشابهاً كبيرا فيما ترمز إليه هذه الفئات.

كما يتضح لنا أن التصنيف للمعوقين بحسب مجال الإعاقة هو التصنيف الشائع بين العلماء والكتاب فى نطاق هذا الميدان وإن كان يلاحظ الأختلاف فيما بينهم فى التنميط والتسيمات لهؤلاء المعوقين.

مراجع الفصل الحادى عشر

١- عبد المجيد عبد الرحيم، لطفى بركات أحمد، تربية الطفل المعوق، ط٢ ، القاهرة، النهضة المصرية، ١٩٧٩ ، ص ٥.

٢- عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع المعاصر، ط٤ ، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧٤، ص ١١.

٣- سمير نعيم أحمد، الدراسة العلمية للسلوك الإجرامى، القاهرة، ١٩٦٩ ، ص ٣.

٤- قارن: محمد على محمد، علم الإجتماع والمنهج العلمى، دراسة فى طرائق البحث وأساليبه، ط٢ ، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨١ ، ص ص ١٥٥، ١٥٦.

٥- شاذلى بن جعفر، المفهوم الطبى للإعاقة فى قراءات فى التربية الخاصة وتأهيل المعوقين، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، ١٩٨٢ .

٦- عثمان لبيب فراج، مشكلة الإعاقة، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بـ ج.م.ع، العدد ٢ ، السنة الأولى، ديسمبر ١٩٨٤ ، ص ٧.

٧- إسماعيل شرف، تأهيل المعوقين، الاسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٦ ، ص ص ٩ - ١٢.

٨- إسماعيل شرف، المرجع السابق، ص ١٦ .

٩- محمد أحمد بيومى، علم الإجتماع وقضايا السياسة الإجتماعية وتشريعاتها، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٧ ، ص ٥٥٣ .

١٠- محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، ط ٢ ، القاهرة، دار المعرفة، ١٩٨٥ ، ص ١٥٥ .

١١- عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٦٩ ، ص ١٨٣ .

١٢- لمزيد من التفاصيل أنظر:

- إسماعيل شرف، مرجع سابق، ص ص ٢٠ -٢٤
- محمد أحمد بيومى، مرجع سابق، ص ٥٥٣

١٣- محمد ناصر قطبى، التأهيل الإدماجى للمعوق تخاطبياً، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بـ ج.م.ع، العدد ٨، السنة الثالثة، ديسمبر ١٩٨٦، ص ٩.

١٤- محمود حسن، مقدمة الخدمة الإجتماعية، الاسكندرية، دار الكتب الجامعية، ١٩٧٥، ص ٦٨٧.

١٥- السيد رمضان وآخرون، مدخل فى الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية، الاسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٧، ص ٢٩٩.

١٦- لمزيد من التفاصيل فى مضمون هذه التشريعات العربية الخاصة بالمعوقين، أنظر:

عبد الرزاق عمار، التشريعات العربية الخاصة بالمعوقين، (فى) قراءات فى التربية الخاصة وتأهيل المعوقين، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، ١٩٨٢.

١٧- أنظر:

- الجمعية المصرية للدراسات الإجتماعية (مكتب البحوث الإجتماعية)، بحث تقويم مؤسسة التأهيل المهنى بالقاهرة، ١٩٥٩.
- محمود محمد الزينى، الخدمة الإجتماعية للمعوقين وذوى العاهات، الاسكتدرية، ب.ن، ١٩٦٩، ص ٨.

١٨- محمود محمد الزينى، المرجع السابق، ص ٨.

١٩- عثمان لبيب فراج، مشكلة الإعاقة، مرجع سابق، ص ٦.

٢٠- لمزيد من التفصيلات أنظر:

- يحيى حسن درويش، دراسة عن تاريخ التأهيل الإجتماعى بمصر، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بـ ج.م.ع، العدد ٦، السنة الثالثة، يونيه ١٩٨٦، ص ص ٧ - ١٢.

الفصـــــل الثانى عشر

الرعاية الاجتماعية للمعوقين

حقوق واحتياجات المعوقين

حقوق المعوقين:

إن الجمعية العامة للأمم المتحدة وعيا منها بالإلتزام الذى أخذته الدول الأعضاء فى منظمة الأمم المتحدة على عانقها وفقا للميثاق بالسعى سواء بصورة مشتركة أو منفردة بالتعاون مع المنظمة لتوفير العلاج والتربية وكافة أنواع العناية الخاصة التى تفرضها حالة المعوق جسدياً أو ذهنياً أو نفسياً أو إجتماعياً على أن يتسنى تنفيذ هذه الحقوق فعليا فى كل البلدان فقد أصدرت فى التاسع من ديسمبر سنة ١٩٧٥ (إعلان حقوق الأشخاص المعوقين) معلنة أن تطبيق هذا الاعلان بتطلب القيام بتحرك على الصعيد القومى والدولى حتى يشكل قاعدة ومرجعا مشتركا من أجل حماية هذه الحقوق.

ويبرز هذا الإعلان أن للأشخاص المعوقين نفس الحقوق المدنية والسياسية التى للكائنات البشرية الأخرى. وفيمايلى هذه الحقوق[١]:

(١) للمعوق حق أساسى فى أن تحترم كرامته الإنسانية وللمعوق مهما كان مصدر الاختلالات ووجوه الاعاقة لديه أو طبيعتها أو خطورتها نفس الحقوق الأساسية التى للمواطنين من نفس السن وهو مايعنى بصفة عامة أن يتمتع بحياة لائقة أقرب ما تكون إلى الحياة الطبيعية.

(٢) للمعوق نفس الحقوق المدنية والسياسية التى لغيره من بنى الإنسان.

(٣) للمعوق الحق فى العلاج الطبى والنفسى والوظيفى وفى إعادة التأهيل الطبى والإجتماعى وفى التربية والتدريب وإعادة التأهيل المهنى وفى المساعدات والارشادات وغيرها من الخدمات التى تضمن أقصى ما ينسنى له من توظيف قدراته ومؤهلاته وتسرع بمسار إدماجه أو إعادة إدماجه فى المجتمع.

(٤) للمعوق الحق فى الأمن الاقتصادى والإجتماعى وفى مستوى معيشى لائق، وفقا لامكانياته وله الحق فى الحصول على عمل والمحافظة عليه أو فى ممارسة عمل مفيد منتج ذى مقابل وفى الانضمام إلى المنظمات النقابية وللمعوق الحق فى أن تؤخذ حاجياته الخاصة بعين الاعتبار فى كل مراحل التخطيط الاقتصادى والإجتماعى.

(٥) للمعوق الحق فى أن يعيش بين أسرته أو فى مأوى يعوضه وفى المشاركة فى كل نشاط إجتماعى مفيد أو ترفيهى ولا يمكن اكراه أحد من المعوقين على معاملة متميزة لا تتطلبها حالته أو التحسن الذى يمكن أن يحقق له فإذا كانت إقامة الشخص المعوق بمؤسسة مختصة أمراً ضرورياً فيجب أن يكون المحيط وظروف الحياة أقرب مايمكن إلى محيط وظروف الحياة الطبيعية للأشخاص الآخرين من نفس سنة.

(٦) يجب أن يحمى المعوق من كل استغلال أو إجراء أو معاملة مهينة فيها تجاوز وحط من كرامته.

(٧) يجب أن يتمكن الشخص المعوق من التمتع بمساعدة قانونية مناسبة عندما يتبين أن مثل هذه المساعدة ضرورية لحماية شخصه وممتلكاته.

(٨) يجب أن نستشار منظمات المعوقين بشكل مجد فى المسائل المتعلقة بحقوق المعوقين.

(٩) يجب أن يتم إعلام المعوق وأسرته بصورة كاملة وبواسطة كل الوسائل المناسبة بالحقوق التى يتضمنها هذا الاعلان.

(١٠) يجب أن يتمتع الشخص المعوق بكل الحقوق المذكورة فى هذا الاعلان ويجب أن يعترف بهذه الحقوق لكل المعوقين بدون أدنى استثناء وبدون تفرقة أو تمييز قائم على الجنس أو اللون أو اللغة أو الديانة أو الأصل أو درجة الثروة أو قائم على أية وضعية أخرى.

إحتياجات المعوقين ومشكلاتهم:

قبل أن نستطرد في دراسة أنواع وأسس التأهيل وإتجاهاته وخطواته يجدر أن نستعرض أهم إحتياجات المعوقين ومشكلاتهم وما يمكن أن تقابل به هذه الاحتياجات، ويمكننا أن نوجز ذلك على النحو التالى[٢]:

فردية:

١ - بدينة: استعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية.

٢ - إرشادية: مساعدة المعوق على مواجهة مشكلاته التى تعوق توافقه النفس، والسعى نحو تنمية شخصية المعوق.

إجتماعية:

١ - علاقية:

- أسرية: تمكين المعوق من الحياة الأسرية الصحيحة.
- مجتمعيه: توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.

٢ - تعليمية: إفساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار.

٣ - ثقافية: توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجالات المعرفة.

٤ - تدعيمية: الخدمات المساعدة المادية والتربوية وإمتيازات الإنتقال والإتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية.

مهنية:

١ - توجيهية: تهيئة سبل التوجيه المهنى للمعوق.

٢ - تدريبية: فتح مُجالات التدريب تبعاً لمستوى المهارات وبقصد الإعداد المهنى للعمل المناسب للإعاقة.

٣- محمية: إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات من المعوقين يتعذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء.

٤- تشريعية: إصدار التشريعات فى محيط تشغيل المعوقين وتسهيل حياتهم.

أنواع التأهيل للمعوقين

تأخذ عمليات التأهيل للمعوق أنماطا مختلفة بحسب وجه إختلال تكيف المعوق فقد يحتاج المعوق إلى خدمات طبية ليتمتع بأقصى قدرة بدنية ممكنة «التأهيل الطبى» أو يحتاج إلى خدمات مهنية إذ كانت عاهته تحد من قدرته المهنية «التأهيل المهنى» أو يحتاج إلى الخدمات الإجتماعية ليأخذ وضعا مقبولا فى المجتمع دون ما تفرقه بينه وبين غير المعوق «التأهيل الإجتماعى» وفيمايلى تفصيلاً لذلك:

(١) التأهيل الطبى:

إذا كان وجه إختلال تكيف الإنسان مقتصراً على ناحية طبية أطلقنا على ما يحتاجه من التأهيل (التأهيل الطبى) أى إستعادة ما يمكن توفيره له من قدرات بدنية، مثل حالات بتر الأطراف ويكون تأهيلها طبيا هو إمداد المصاب بالأطراف الصناعية بعد جراحة البتر، أو بعد إعادة الجراحة التى تلزم أحياناً إذا لم تكن الجراحة الأولى ملائمة لتركيب وإستخدام الطرف الصناعى، ثم تدريبه على استعماله، وكذلك مثل إمداد ضعيف السمع بجهاز تقوية السمع وتدريبه على إستعماله، وكذلك إعداد ضعاف البصر بالعدسات الطبية، وأيضاً إعطاء التدريبات البدنية العلاجية والأجهزة الصناعية فى حالات الشلل وإصابات العمود الفقرى ... إلى غير ذلك من علاجات طبيعية وجراحية فى سبيل إعادة الإنسان أقرب مايكون إلى الصلاحية لممارسة حياته الإجتماعية والمهنية والمستقبلة. فى إطار خطة مرسومة لمستقبل المصاب(٣).

(٢) التأهيل النفسي:

لا يتكرر أحد أن بعض الإعاقات التى يصاحبها إضطرابات نفسية تترك - حتى بعد الشفاء - بواق طويلة الأمد أو مزمنة وهنا واجب من واجبات التأهيل بالنسبة لهذه البواقى، حيث يجب العمل على توافق الفرد الأقصى درجة ممكنة حتى مع وجود هذه البواقى.

وهكذا ينظر التأهيل الطبى النفسى إلى مؤسسة التأهيل أو العيادة النفسية أو المستشفى كمكان يتعدل فيه سلوك المعوق وليس مجرد مكان يتلقى فيه المعوق نوعا نمطيا جامدا من العلاج، ويتبنى اتجاها ملخصه التعامل مع شخص المعوق أكثر من التعامل مع الإعاقة، ويتطلب إستخدام هذا النوع من التأهيل مراعاة ما يلى(٤):

أ- تكوين علاقة علاجية إنسانية سليمة مع المعوق كلها إهتمام واحترام وأمن وتطمين ومساندة وتشجيع (علاقة أفقية وليست رأسية).

ب- أخذ جميع المعلومات عن شخصية المعوق مع الاهتمام بالتركيز على تاريخ الأسرة والميول والإهتمامات والهوايات والصداقات ... الخ.

جـ- العلاج الإجتماعى (علاج المحيط البيئى) والتدخل بتعديل بعض عناصر البيئة الإجتماعية التى سيعيش فيها المعوق. وإعادة التطبيع الإجتماعى وتمكين المعوق من التفاعل الإجتماعى مع الآخرين من المعوقين ومن الأسوياء وإشراكه فى أوجه نشاط مخطط بالمستشفى أو مركز التأهيل وإشراكه فى النوادى وتيسير الخدمات الترفيهية.

د- الإستعانة بأسرة المعوق بعد تعليمهم وتدريبهم وإبعادهم عن أسلوب العطف والمواساة للمعوق والشعور بالذنب والعار.

هـ- العلاج بالعمل (للكبار) وباللعب (للصغار).

و- الإهتمام بالتوجيه والتأهيل المهنى للمعوق.

ع- إتخاذ النماذج الممتازة من المعوقين السابقين فى التأهيل كنماذج للمستجدين.

م- يجب أن تمتد هذه الخدمات إلى مابعد تأهيل المعوق وخروجه من المؤسسة لأنه من المعروف أنه بدون نظام شامل وخطة محكمة للمتابعة يكون المعوق عرضه للنكسة. وفى ضوء ما سبق يتبين لنا القيمة الكبرى للتأهيل الطبى النفسى للمعوق هى تحقيق التوافق النفسى والإجتماعى والمهنى وتأهيل المعوق لمواجهة الحواجز النفسية الإجتماعية عندما يخرج إلى المجتمع حيث الاتجاهات السالبة نحو ذوى العاهات والمرض النفسى، وهو يعين المعوق فى التغلب على مشاعر النقص والخسارة ويخس الذات.

(٣) التأهيل الإجتماعى:

إذا كانت الظروف الأسرية للمعوق أو ظروف عمله أو علاقاته الإجتماعية فى بيئته هى وجه الإنحراف أو الاختلال فى إعاقة تكيفه مع المجتمع الذى يعيش فيه، فان إعادة تكيفه فى مواجهة هذه الظروف هى ما يطلق عليه (التأهيل الإجتماعى) [٥] ومن ثم يتجه هذا النوع من التأهيل نحو التعامل مع البيئة الإجتماعية للمعوق وتعديلها أو تغييرها أو ضبطها أو نقل المعوق أما مؤقتا أو بصفة مستديمة من البيئة الإجتماعية التى أدت إلى اختلاله أو إضطرابه النفسى إلى بيئه إجتماعية أخرى بما يتيح ويحقق التوافق النفسى السوى المنشود.

وهكذا نجد أنه يندرج تحت هذا النوع من التأهيل مايسمى بالعلاج البيئى: envirenmental Treatment وعلاج المحيط البيئى Milieu thearapy

ولتحقيق ذلك فثمة أساليب يستعين بها الاخصائى الإجتماعى لعل أهمها مايلى[٦]:

- الاستعانة بجميع أفراد أسرة المعوق فى تهيئة جو أسرى هادئ سار له.
- فى أضيق الحدود يتم إيداع المعوق فى مؤسسة داخلية بعيداً عن أسرته المهددة غير الآمنة وبشرط أن يكون الإيداع بالمؤسسة أفضل من البقاء فى المنزل كآخر حل.
- تهيئة بيئة إجتماعية صحية للتأهيل.

(٤) التأهيل المهنى:

إذا كان وجه إختلال تكيف الإنسان للحياة هو فقد وظيفته التى يرتزق منها أو عجزه عن الاستمرار فى ممارسة مهنته، سواء كان ذلك بسبب حدوث عائق فى ظروف البيئة التى يعيش فيها، أو بسبب تغيير طرأ على صفات شخصيته (مثل إصابته بأى خلل فى قدراته البدنية كالعاهات والأمراض الزمنة، أو إنحراف فى صفاته العقلية والنفسية)، فهذا هو أقصى أنواع عدم التكيف ولذلك كان أكثر أنواع التأهيل إهتماماً من جانب معاهد البحث العلمى وأجهزة الخدمات فى جميع الدول المتقدمة – ذلك هو التأهيل المهنى للمعوقين –[٧] مما يجعل المعوق قادرا على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه. وهكذا يتبين لنا أن التأهيل يشمل أنواعاً متعددة (طبى ونفسى وإجتماعى ومهنى) وقد تختلف حالات المعوقين من حيث مدى حاجتهم إلى هذه الأنواع المختلفة فقد يحتاج المعوق إلى نوع واحد فقط أو أكثر من تلك الأنواع فى وقت واحد.

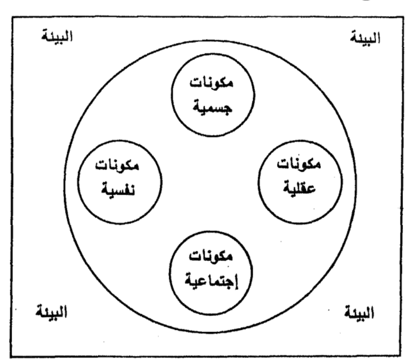
أسس ومبادئ العمل مع المعوقين

إن العمل مع المعوقين والعناية بهم والتصدى لمجالات الإعاقة يجب أن يرتكز على الأسس والمبادئ التالية:

(١) شخصية المعوق وحدة متكاملة متعددة الأبعاد:

يتكون البناء الوظيفى للشخصية من أبعاد ومكونات متكاملة ترتبط إرتباطاً وظيفياً قوياً فى حالة السواء. وإذا حدث إضطراب أو نقص أو شذوذ في أى مكون منها أو فى العلاقة بينهما، أدى إلى إضطراب فى البناء العام والأداء الوظيفى للشخصية.

وفيما يلى هذه المكونات والأبعاد:



(شكل يوضح البناء الوظيفى للشخصية)

(أ) مكونات جسمية صحية:

وتتعلق بالشكل العام للفرد وحال الوزن وإمكانيات الجسم الخاصة والعجز الجسمى الخاص، والصحة العامة، والأداء الحركى والمهارات، الحركية، ووظائف الحواس المختلفة، ووظائف أعضاء الجسم كالجهاز العصبى والجهاز الدورى والجهاز التنفسى والجهاز الهضمى والجهاز الغددى والجهاز التناسلى.

(ب) مكونات عقلية معرفية:

وتشمل الوظائف العقلية مثل الذكاء العام، والقدرات العقلية المختلفة، والعمليات العقلية العليا كالادراك والتذكر والتفكير ... الخ.

(جـ) مكونات نفسية إنفعالية:

وتتضمن أساليب النشاط المتعلق بالانفعالات المختلفة كالحب والكره والخوف والغضب ... الخ وما يرتبط بذلك من ثبات إنفعالى أو عدمه وتجمعات الانفعالات فى عواطفه.

(د) مكونات إجتماعية:

وتتعلق بالتنشئة الإجتماعية للشخص فى الأسرة والمدرسة والمجتمع وجماعة الرفاق. والمعايير الإجتماعية والأدوار الإجتماعية والاتجاهات الإجتماعية والقيم الإجتماعية والتفاعل الإجتماعى ... الخ[٨].

وعلى هذا فان العوامل التى يجب أن تكون فى إعتبارنا دائما عندما نبحث حالة المعوق لدراسة مشكلاته وتأهيله هى:

١- الصفات الجسمية ٢- الصفات العقلية.

٣- الصفات النفسية ٤- ظروف البيئة وملابستها وأثرها عليه

ويدخل فيها الأسرة والعمل والأصدقاء وظروف المعيشة. وعلى ذلك لا يجوز توجيه المعوق مهنيا على أساس صفة واحدة من صفاته الفردية، فمن الخطأ أن يقال (علينا أن نوجه الأفراد بحسب ميولهم) أو (على أساس مواهبهم فقط) أو تبعاً لمستويات ذكائهم ... الخ.

وإنما ترتبط قدرة المعوق على أداء عمل معين بصفات ومكونات الشخصية فى مجموعها كوحدة متكاملة.

(٢) الميول لاتدل على قدرات:

من الأخطاء الشائعة، إعتبار الميول أساساً لصلاحية المعوق للمهنة،

بحيث نتوقع نجاحه فى أى مهنة يميل إليها إذا ما أعطى التدريب المناسب، والحقيقة خلاف ذلك، فقد يميل شخص إلى مهنة معينة ثم يكتشف أنه لا يصلح لها على الاطلاق مهما نال من تدريب أو تعليم، بل ربما يكتشف أنه لا يميل إليها أصلا. لأن الميل لا يخرج عن كونه عاطفة تكونت من تكرار مواقف محببة إلى الإنسان ترتبط بالشئ الذى مال إليه.

(٣) مراعاة فرص العمل الفعلية فى البيئة:

لا تقتصر عملية التأهيل المهنى على ملاءمة قدرات المعوق لمطالب المهنة التى يوجه إليها ثم يدرب عليها ويتقنها إذ قد نكتشف بعد إعداده للمهنة إعداداً كاملا أن تلك المهنة كاسدة فى سوق العمل. ولذلك يجب أن يلم القائمون بالتأهيل المهنى إلماما كاملا بفرص العمل الفعلية فى البيئة المحلية ويتابعون حالتها من حيث الرواج أو الكساد باستمرار[٩].

(٤) مراعاة الحالة النفسية للمعوق:

يجب أن نتذكر أن المعوق يعانى الإحباط، وعدم الأمن وأنه لذلك عصبى المزاج، سريع الاستثارة، شديد الحساسية فى تعامله مع الآخرين وبالتالى يجب على الاخصائى الذى يتعامل معه أن يكون معه صبوراً، واسع الصدر هادئاً، وأن يوجه أسرته والمحيطين به المراعاة ذلك أيضاً.

(٥) تجنب إظهار مشاعرنا الخاصة نحو المعوق:

من أخطر الأمور التى تواجه المعوق وتعوق تأهيله وتكيفه للحياة، إظهار إنفعالاتنا الخاصة نحوه مثل العطف الزائد أو الفضول عن تصرفاته وعن كيفية ممارسته لشئون حياته الخاصة أو الازدراء. وعدم التقدير ، فان ذلك يشعره دائماً بالنقص وبالتالى يدفعه إلى تعويض النقص بوسائل وأساليب شاذة من السلوك.

(٦) قبول المعوق:

يدخل فى ذلك توجيه الأسرة والبيئة والرأى العام وفريق الإخصائيين القائمين بالتأهيل لكى يتقبلوا المعوق كما هو لأن المجتمع إذا تقبل المعوق كانسان له قيمته وكرامته كان من السهل عليه قبول نفسه.

(٧) أسس التأهيل واحدة مع جميع أنواع الإعاقة، ولكنها تختلف فقط فى زيادة التركيز على بعضها بحسب نوع الإعاقة.

وذلك نظراً لما تتميز به كل إعاقة من طابع خاص يؤثر فى سلوك المعوق وفى مدى إستجابته لوسائل التأهيل المختلفة (التأهيل الإجتماعى والطبى والنفسى والمهنى). فمثلاً فى حالة المكفوفين تزداد العناية فى جانب التأهيل النفسى وإعادة التكيف لممارسة شئون الحياة العادية، وفى حالة الناقهين من الدرن تعطى عناية خاصة لتطوير ظروف العمل من آن لآخر تبعا لتطور الحالة الصحية للمعوق، وفى تأهيل الحالات العقلية يزيد اهتمامنا بتوجيه الآخرين (الأسرة وصاحب العمل) حول معاملته فى مواجهة سلوك معين، وفى حالة المصابين بعاهات قلبية نركز إهتمامنا حول القلق والتوترات التى تصاحب نفسية المعوق وكل ذلك طبعا إلى جانب عنايتنا العادية ببقية الأسس العامة للتأهيل فى كل هذه الميادين(١٠).

(٨) الإيمان بقدرة المعوق على التعلم والنمو:

المعوقون مهما تنوعت صور إعاقتهم لديهم قابليات وقدرات للتعلم والنمو والاندماج فى الحياة العادية للمجتمع، وهذا يقتضى التركيز على ما يستطيعونه من تعلم ومشاركة، لا على مالا يقدرون عليه.

(٩) الشمول والمشاركة:

يشكل العمل مع المعوق سلسلة من الجهود والبرامج الهادفة إلى الرعاية والتعليم والتأهيل والادماج الإجتماعى والتشغيل وهى حلقات متكاملة.

والاهتمام بواحدة منها، وإن كان لازما، لكنه لا يعتبر كافيا فى المفهوم الشامل لمواجه مشكلات المعوق على المستوى الفردى أو الإجتماعى.

أضف إلى ماسبق أن مواجهة مشكلات الإعاقة والمعوقين مسئولية تقع على عاتق الدولة والمجتمع والأسرة، ولكل منها دوره وإختصاصه وتبعاته، وعلى مدى التعاون والتكامل فى الأدوار والمسئوليات. يتوقف فاعلية العمل ونجاحه فى هذه المواجهة.

(١٠) المساواة وتكافؤ الفرص:

الإقرار لجميع المعوقين بحقهم فى الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل دون تمييز بسبب الجنس أو الأصل أو المركز الإجتماعى أو الانتماء السياسى .. الخ.

(١١) إعادة التوافق النفسى للمعوق هى محور عملية التأهيل:

ويقصد بالتوافق هنا أى القدرة على تكوين العلاقات المرضية بين المعوق وبيئته.

ولهذا التوافق بعدين أساسين بينهما صلة وثيقة وتأثير متبادل هما[11]

١ - التوافق الشخصى:

وهو أن يكون المعوق راضيا عن نفسه، غير كاره لها أو نافر منها أو ساخط عليها أو غير واثق فيها. كما تتسم حياته النفسية بالخلو من التوترات والصراعات النفسية التى تقترن بمشاعر الذنب والقلق والضيق والنقص والرثاء للذات.

إن المعوق غير المتوافق مع نفسه شخص يعانى حربا تدور رحاها بين جوانب نفسه. وهى حرب تستنفد قدراً من طاقته كان يجدر أن تستغل فى مواجهة أعباء الحياة وشدائدها. لذلك نراه قليل الحيوية، عاجزاً عن المثابرة

وبذل الجهد. وعن الثبات والصمود حيال الشدائد والأزمات لا يلبث أن يختل ميزانه ويشوه إدراكه وتفكيره أن ارتطم بمشكلة.

٢ - التوافق الإجتماعي:

وهو قدرة المعوق على أن يعقد صلات إجتماعية راضية مع من يعاشرونه أو يعملون معه من الناس، صلات لايغشاها الاحتكاك والتشكي والشعور بالاضطهاد، ودون أن يشعر المعوق برغبه ملحة فى إستدرار عطفهم عليه، أو طلب المعونة منهم.

والمعوق المتكيف مع المجتمع أقدر على ضبط نفسه فى المواقف التى تثير الإنفعال، فلا يثور ويتهور لأسباب تافهة إو صبيانيه، ولا يعبر عن إنفعالاته بصورة طفلية فجة، هذا إلى قدرته على معاملة الناس بصورة واقعية لا تتأثر بما تصوره له أفكاره وأوهامه عنهم.

هذا وتختلف الأساليب والوسائل المتبعة فى تحقيق هذه الأهداف حسب الحالة الفردية للمعوق من حيث سبب الإعاقة والسن عند الإصابة والمستوى العقلى والثقافى والعلمى والاقتصادى وظروف الأسرة ودرجة تعليم أفرادها وغير ذلك من العوامل التى تقتضى إختلافات فردية فى التوجيه والتدريب والمعاملة، ولذلك تستعين مؤسسات تأهيل المعوقين بأخصائيين إجتماعيين وأخصائيين نفسيين مدربين فى ميدان توجيه المعوقين.

أساليب ونظم الرعاية الإجتماعية للمعوقين

تختلف أساليب ونظم الرعاية والتأهيل الشامل للمعوقين حسب نوع ودرجة الإعاقة بل وحسب الظروف الإجتماعية والاقتصادية الخاصة بالفرد المعوق وأسرته.

وعموماً يمكن تصنيفها إلى مايلى:

(١) الرعاية المنزلية:

وهى رعاية تتم فى رطار الأسرة وبيئة المعوق لتسهيل اندماجه ومساهمته فى المجتمع وإزالة العوائق والحواجز دون عزله فى مؤسسات خاصة.

ويتبع هذا الأسلوب مع حالات المعوقين كالمكفوفين والناقهين من الدرن وغيرهم من الحالات نظرا لأسباب صحية أو لكبر السن .. الخ. ولكنهم يتوافقون مع أسرهم ومع المجتمع. حيث تقدم كافة الخدمات والمساعدات اللازمة لهم فى منازلهم لرفع مستواهم المادى والمعنوى. ويؤدى هذا النوع من الخدمات أخصائيات إجتماعيات دربن تدريباً خاصا للقيام بهذه المهمة وتتخلص هذه الخدمات فيمايلى:

أ- بحث الحالة الإجتماعية للمعوق للوقوف على جميع ظروفه وأحواله واحتياجاته ووضع خطة العلاج والإعداد السليم.

ب- مساعدة المعوق وأسرته فى الحصول على الخدمات من الأجهزة الموجودة فى المجتمع.

جـ- إحداث التغييرات المطلوبة فى اتجاهات أسرة المعوق نحو كيفية معاملتهم له وتقبله .. إلخ.

(٢) الرعاية النهارية:

ويتم هذا النوع من الرعاية فى مؤسسات خاصة أو فصول خاصة يلتحق بها المعوق أثناء النهار ويعود يوميا إلى أسرته كما فى حالات المكفوفين والصم والبكم وغيرهم من حالات الإعاقة الأخرى الخفيفة.

ويعتبر هذا الأسلوب - كما هو الحال فى نظام الرعاية المنزلية - من أفضل الأساليب والنظم المتبعة فى العمل مع المعوقين وذلك نظراً للأسباب التالية:

أ- قلة التكاليف.

ب- عدم عزل المعوق عن بيئته الطبيعية.

وبذلك يحتفظ بكيانه واحترامه وتقديره لنفسه حيث يشعر المعوق فى بيئته الطبيعية أنه كغيره من الناس، لا ينتمى إلى طائفة من المعوقين لها نظامها الخاص فى التعليم والتدريب .. الخ.

جـ- إتمام عملية التأهيل فى مدة أقصر، حيث لوحظ أن المعوقين الملتحقين بمراكز التأهيل كثيرا ما يحاولون إطالة مدة إقامتهم بالمركز حيث يتمتعون بالرعاية الكاملة ووسائل الترفيه والبعد عن المتاعب النفسية لشعورهم بالنقص فى البيئة الخارجية.

(٣) الرعاية الإيوائية:

ويتبع أسلوب الرعاية الإيوائية الكاملة خاصة مع حالات المعوقين شديدى الإعاقة الذين ثبت البحث الإجتماعى والفحص الطبى والنفسى أن حالتهم تتطلب رعاية إيوائية فى مؤسسة خاصة. ومن هذه الحالات مايلى

أ- الإصابات الجسمية التى يصعب معها إنتقال المعوق يوميا أثناء عملية التوجيه المهنى أو أثناء التدريب المهنى، مثل حالات الشلل النصفى أو بتر الساقين أو بتر الذراعين أو إصابات القلب ... الخ.

ب- الحالات المحتاجه أثناء التشخيص إلى مراقبة مستمره حيث يطلب أحيانا وضع المصاب تحت المراقبة (مثل حالات الصرع أو الهستيريا) أو يطلب الأخصائى النفسى مراقبة السلوك طول الوقت.

جـ- الحالات التى تحتاج إلى علاج طبيعى بجانب التوجيه والتدريب المهنى، ولذلك نجد أن أغلب مؤسسات التأهيل مشتمله على أقسام للعلاج الطبيعى.

د- الحاالت التى تكون فيها ظروف البيئة عائقاً كبيرا فى سبيل تنفيذ عملية التأهيل مثل معارضة أسرة المعوق فى تأهيله أو حثه على التسول، أو الإصابات التى تحتاج إلى ظروف صحية غير متوفرة فى البيئة كحالات القلب، وبعض حالات أصابات العضلات أو بعض الأمراض النفسية المزمنة .. الخ(١٢).

(٤) الرعاية اللاحقة:

ويتبع هذا الأسلوب بهد انتهاء برنامج تأهيل المعوق. وبمقتضى هذا النظام يتم مايلى(١٣):

أ- يمنح المعوق شهادة يبين بها على الأخص المهنة التى تم تأهيله لها والبيانات الأخرى التى أوضحتها - اللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥، والمعدلة بالقرار الوزارى رقم ٦١ سنة ١٩٨٦ بشأن تنظيم فحص طالبى التأهيل المهنى وتقرير صلاحيتهم للتأهيل ومنحهم شهادات التأهيل.

ب- يتم توجيه المعوق للتقدم إلى مكتب القوى العاملة بدائرة محل الإقامة للحصول على شهادة قيد المعوقين المؤهلين تمهيد لترشيحة للعمل.

جـ- يكون تخرج المعوق من المؤسسة بناء على تقرير تضعه المؤسسة بواسطة الأخصائى الإجتماعى يوضح مدى إمكان تكيفه مع البيئة الخارجية وتوافق عليه الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى للمعوقين.

د- تقوم المؤسسة بتشغيل خريجها وتتبع حالتهم لمدة لا تقل عن ستة أشهر يقوم خلالها الأخصائيون الإجتماعيون بتقديم الرعاية والمساعدة الممكنة التى تتطلبها حالة المعوق.

المراحل والخطوات الأساسية لرعاية وتأهيل المعوقين

تتم عملية الرعاية ووالتأهيل للمعوقين من خلال عدة مراحل وخطوات هامة نحصرها فيما يلى:

(١) التشخيص التقويمى الشامل للمعوق.

(٢) الرعاية الشاملة للحالة.

(٣) المتابعة والرعاية اللاحقة للمعوق.

وفيمايلى تفصيلا لذلك:

أولاً: التشخيص التقويمى الشامل للمعوق:

من حق كل معوق أن يحصل على الرعاية التى يحتاج إليها فى أقرب وقت، وأول خطوة فى سبيل تحقيق هذا هى تشخيص ودراسة حالة المعوق دراسة شاملة وهذا ما نعبر عنه بالتشخيص التقييمى الشامل.

ولهذا التشخيص عدة أهداف أهمها:

١- تشخيص الحالة ودراسة أسبابها.

٢- تحديد مدى العجز الذى يصيب الحالة ودرجته.

٣- قياس مدى تأثير الإعاقة على تكوين المعوق وشخصيته.

٤- تقدير مستقبل الحالة بناء على مدى العجز وشدته وإمكانيات المعوق واستعدادته ومدى توفر الخدمات لرعايته.

٥- تقدير الاحتياجات المباشرة للمعوق وأسرته سواء كانت حاجات طبية أو تعليمية أو إجتماعية أو نفسية أو مهنية.

٦- وضع خطة الرعاية والمقترحات المتعلقة بذلك.

هذا ويتكون التشخيص التقويمى الشامل لحالة المعوق من عدة عناصر وعمليات محددة أيا كانت طبيعية الإعاقة ولكن تختلف أهمية كل عملية

من هذه العمليات بين حالة وأخرى وفقا للمشاكل النوعية للحالات وهذه العمليات والعناصر هى:

(أ) **التقويم الطبى والصحى العام لحالة المعوق**: ويهدف إلى[14]:

(١) قياس المستوى الصحى العام للمعوق لاكتشاف الحالات المرضية الأخرى التى قد يكون المعوق مصابا بها بجانب العجز الأصلى. فقد يكون مريضاً بالبلهارسيا أو مصابا بفقر الدم أو غيره مما يضيف مشاكل صحية على العجز الأصلى.

وفى عملية التقويم هذه يهتم بصفة خاصة بمايلى:

- تاريخ الحمل والولادة.
- مستوى التغذية.
- التاريخ المرضى وما قد أصيب به المعوق من أمراض وحوادث.
- العمليات الجراحية التى أجريت له.
- الكشف الصحى العام.
- التحاليل الطبية والأعمال المعملية الأخرى.

(٢) الكشف الطبى الكامل على العجز أو العاهة التى تصيب المعوق.

ويحتاج هذا لطبيب أخصائى فى نوع الإعاقة لتشخيصها التشخيص الدقيق فمثلا فى حالة العجز البصرى يقوم بالتقييم الطبى أخصائى فى العيون.

ويشمل التقويم الطبى:

- دراسة حالة العجز ودرجته ومداه.
- دراسة أسباب التعوق.

- تقدير مستقبل الحالة بناء على مدى العجز وشدته ومدى توفر الخدمات لرعايه المعوق.

ويستعان فى هذا بالتاريخ الطبى للحالة، وبالتشخيص والاختبارات النوعية وفقا لنوع العجز ويحتوى التقويم الطبى التوصيات الخاصة بعلاج العجز أو العاهة سواء كان علاجا طبيا أو جراحيا.

(ب) التقويم النفسى للمعوق:

ويهدف إلى قياس ودراسة الحالة النفسية للمعوق وخاصة أثر العجز أو العاهة على شخصيته.

وعموما يهتم التقويم النفسى للمعوق بدراسة مايلى(١٥):

١- مستوى ذكاء المعوق واستعداداته العقلية.

٢- مدى أثر الإعاقة على شخصيته وسلوكه.

٣- مدى استعداده للتعاون والاستفادة من برنامج الرعاية.

٤- دراسة ميوله الخاصة وقدراته المهنية.

٥- تحديد عما إذا كان التعويق ناتج عن إصابة عضوية أم أنه انحراف وظيفى أى سلوكى فقط.

٦- وأخيراً، وضع تقرير بالنصائح والإرشادات والأوضاع التى يجب على المعوق والمسئولين عن تأهيله مراعاتها فى اختيار المهن وفى التدريب المهنى والتشغيل وكذلك بالنسبة للتكيف البيئى فى محيط الأسرة وخارجها.

ويقوم بعملية التقويم النفسى الأخصائى النفسى ويعتمد فى عمله على المقابلة والملاحظة وإجراء المقاييس النفسية المختلفة.

(جـ) التقويم الإجتماعى للمعوق:

وتهدف هذه العملية إلى دراسة العوامل الإجتماعية والاقتصادية والبيئية التى يكون لها أثر على حالة المعوق ورعايته وذلك تمهيداً للتشخيص الدقيق لحالة المعوق ووضع العلاج الملائم لها. وتشمل بصفة خاصة(١٦):

١ - اتجاهات الأسرة نحو المعوق، ونحو عجزه وعاهته، وشعور أفراد الأسرة نحوه.
٢ - مدى استعداد ورغبة الأسرة فى رعاية المعوق.
٣- الإمكانيات المادية والاقتصادية للأسرة.
٤- الاستعداد للرعاية المنزلية للمعوق.
٥- دراسة علاقة المعوق بأفراد الأسرة.
٦- المشكلات الإجتماعية والنفسية التى نجمت عن العاهة.
٧- دراسة شخصية المعوق من ناحية الاعتماد على النفس أو الاتكالية والانطواء والميول العدوانية وأثر سلوكه فى علاقاته الإجتماعية داخل الأسرة وخارجها.
٨- رأى المعوق فى الأعمال التى يرغب فى التدريب عليها، وكذلك استعداداته وامكانياته التى يمكن الاستفادة منها فى عمليات التأهيل ... إلى غير ذلك من المعلومات.

ويقوم بهذه الدراسة الإجتماعية الأخصائى الإجتماعى ويعتمد فى دراسته هذه لحالة المعوق على عدة مصادر يمكننا رصدها بصفة عامة فى النواحى التالية:

١ - المعوق ذاته.
٢ - الأسرة والأقارب.
٣- مصادر البيئة.. كالمدرسة والمستشفى والرفاق .. الخ.

٤- الخبراء فى المجالات الخاصة (ذوى الخبرة).

٥- الوثائق والمستندات والسجلات المختلفة.

٦- نتائج الاختبارات والفحوص الطبية والعقلية والنفسية كاختبارات الذكاء واختبار القدرات والميول المهنية والشهادات الطبية الصحية والمرتبطة بحالة العجز وطبيعة العاهة وما إليها.

ولحصول الاخصائى الإجتماعى على كافة المعلومات والحقائق الدراسية الذاتية والبيئية المرتبطة بحالة المعوق من هذه المصادر المختلفة فأنه يستعين فى ذلك بعدة أساليب دراسية أهمها:

١- المقابلات بأنواعها المختلفة سواء مقابلة المعوق ذاته أو المحيطين به أو الخبراء ومن إليهم.

٢- الزيارة المنزلية أو المؤسسية.

٣- المكاتبات أو الاتصالات التليفونية وما إليها.

هذا ويتوقف استخدام الأخصائى لوسيلة دون الأخرى على طبيعة الحقائق ذاتها ومصادرها فالمقابلة الشخصية تكتشف عن حقائق لا تكشفها المكاتبات أو الاتصالات التليفونية، كما أن الزيارة المنزلية قد توضح أمور لا تكشفها المقابلة الشخصية وهكذا.

(د) التقويم التعليمى للمعوق:

ويقصد به قياس مدى استعداد المعوق للتعليم ويؤخذ فى الاعتبار ماقد يكون قد حصل عليه من تعليم قبل إصابته بالعجز أو الإعاقة.

ويعتمد فى هذه العملية على الشهادات المدرسية والاختبارات المباشرة هذا ويتم التقويم التعليمى بواسطة أخصائيين فى تعليم الشواذ وفقا لنوع الإعاقة للحالة[١٧]:

(هـ) التقويم المهنى للمعوق:

التقويم المهنى هو عملية تحاول تقدير قدرات الفرد ومهارته البدنية والعقلية وسلوك شخصيته فى محاولة لتحديد امكانيات عمله فى الحاضر والمستقبل ويقوم بهذه العملية أخصائى التقويم.

وتقسم الوسائل المستخدمة فى القيام بهذه العملية التقويمية فيمايلى(١٨):

(١) المواقف الفعلية:

وتستخدم المواقف الفعلية كوسائل للتقويم المهنى للمعوق.

ويمكن تقسيم هذه المواقف إلى ثلاث أقسام رئيسية هى:

(أ) التقييم أثناء العمل:

يعتبر هذا النوع من التقييم أكثر الطرق واقعية فى القياس فاستخدام المواقف الفعلية للعمل داخل وخارج المؤسسة يتيح مدى واسعاً من مواقف التقييم .. ويمكن استخدام المنشآت القائمة فى البيئة كالمصانع والشركات فى هذه التقييم وفى مؤسسات التأهيل الكبيرة التى لديها ورش تدريب تستخدم هذه الورش لهذا النوع من التقييم.

(ب) عينات العمل:

عينة العمل هى نشاط عمل معروف تماما يتضمن واجبات ومواد خام – وأدوات مطابقة أو شبيهة بتلك المستخدمة فى العمل الفعلى وهى تستخدم لتقدير الاستعدادات المهنية للفرد وخصائص العامل والميول المهنية – وكعينة للعمل مصممة على أساس من تحليل العمل فان هذه العينة من العمل تقرب وظائف الحياة الواقعية بطريقة أقرب كثيراً مما تفعله الاختبارات النفسية ويمكن أن تكون عينة العمل:

(١) وظيفة فعلية فى حد ذاتها منقولة إلى وحدة التقييم.
(٢) تقليد لعملية حقيقية.
(٣) عينة سمات - لتقدير حقيقة أو عامل واحد مثل مهارة الاصابع.
(٤) عينة لمجموعة من السمات تقيس هذه المجموعة.

ويجب أن تمثل كل عينة عمل المدى الكامل للأنشطة والمكونات التى يضمها عمل واقعى ويبدأ مصمم عينة العمل بتحليل مفصل للوظائف لكل العمليات والظروف والأنشطة لوظيفة معينة. ويحسن أن تكون عينة العمل بحيث تعطى دلالات لمجموعة من الأعمال ترتبط فى أساسياتها بما تمثله هذه العينة من عمل.

(جـ) القياس النفسى:

هى وسائل للقياس تستخدم واجبات مجرده وعادة تستخدم الورقة والقلم وبعض الجوانب المعرفية والحركة النفسية والسمات .. الخ.

ويستخدم القياس النفسى فى التقييم المهنى ككل لعينات العمل وغيرها من أساليب التقويم. وعادة فان عينات العمل تركز جهودها على القدرات النفسية الحركية ولكنها لا تقيس بطريقة مناسبة الجوانب الاكثر تجريدا والمتصلة بالمعرفة - ويمكن استخدام المقاييس النفسية فى قياس الإستعدادات والقبول لمجال عمل معين.

هناك اتجاه حديث لاسقاط فائدة الاختبار النفسى فى عملية التقييم المهنى ولعل هذا هو الذى دفع إلى البحث عن عملية التقييم المهنى كبديل عن الاختبار النفسى .. ويعتبر الاختبارات النفسية أقل الوسائل استنباطا لامكانيات المعوقين فى العمل ولهذا يجب أن تؤخذ بكل حذر.

(٢) الموارد:

تضم هذه الوسائل كل المعلومات التى يمكن استخدامها لتقديم العون

والإيضاح فى عملية التقيم المهنى ويمكن تقسيم هذه الموارد إلى:

(أ) المعلومات المهنية:

عبارة عن بيانات تصف بيئة العمل ويمكن أن تكون معلومات عامه مستقاة من مصادر مثل:

قاموس المصطلحات المهنية - جولة لموقع العمل - المسوح التى تجرى لسوق العمل المحلى والتى توضح الفرص الوظيفية المتاحة ومتطلباتها.

(ب) معلومات عن العميل:

هى بيانات تتصل بالعميل - يمكن الحصول عليها من الاخصائيين الفنيين مثل الاطباء والأخصائيين النفسيين أخصائى التأهيل والإجتماعيين .. الخ وكذلك الوالدين وأصحاب الأعمال الذين عمل لديهم العميل فى الماضى وغيرهم.

(جـ) تحليل العمل:

تحليل العمل هو الدراسة المنهجية عن المهنة - فى صورة ماذا يفعل العامل بلنسبة للبيانات - الناس - الأشياء - المنهاج - الأساليب الفنية المستخدمة - الماكينات .. الأدوات والأجهزة .. مساعدات العمل .. الخامات .. المنتجات الخصائص المطلوبة فى العامل.

(د) المواد السمعية والبصرية:

المواد السمعية والبصرية هى وسائل مكتوبة .. مطبوعة مرئية أو مسموعه .. مثل الفيديو الافلام .. الشرائح الصور الفوتوغرافية .. اللوحات .. الأشكال .. الخ.

والتى يمكن أن تستخدم لاسراع تقييم العميل نفسه وتشجيع الاستكشاف المهنى.

(٣) الوسائل التطبيقية: وتشمل

(أ) المقابلة:

تيسر وسائل المقابلة تفهم العميل لبرنامج التقييم المهنى وتفهم الأخصائى لاحتياجات العميل.

(ب) الملاحظة:

وهى طرق للمراقبة الهادفة لنشاط العميل وهى تركز عادة على الانتاجية - أنماط السلوك - والميول التى يعبر عنها العميل - وقد تشمل أنشطة غير عملية خارج وحدة التقييم مثل وقت الغذاء - أوقات الراحة - الترويح.

(جـ) أعداد التقارير:

مثل التسجيل والتنظيم - والربط بين المعلومات الخاصة بنتائج تقييم العميل - وهى تشمل التقارير المكتوبة والاتصالات الشفوية مع المهتمين بتقدم العميل وتبادل المعلومات فى المؤتمرات الفنية التى تعقد بخصوص العميل.

ثانياً: الرعاية الشاملة للمعوق:

يتم وضع برنامج الرعاية الشامله للمعوق بواسطة فريق متكامل من الإخصائيين، من أطباء، هيئة تمريض، أخصائيين إجتماعيين، إخصائيين نفسيين، أخصائيين فى تعليم الشواذ، أخصائيين فى التقويم المهنى، أطباء وأخصائيين علاج طبيعى وغيرهم وذلك بهدف:

أ- إيضاح خطة الرعاية للمعوق سواء كانت قصيرة الأجل أو طويلة الأجل.

ب- توضيح الطريقة العملية لتأكيد إستمرار الرعاية ومتابعتها.

جـ- تحديد طرق التقويم الدورى لبرنامج رعاية المعوق ومدى نجاح هذا البرنامج.

ويحتوى برنامج الرعاية الشاملة للمعوق على عدة مكونات اهمها:

(أ) الرعاية الصحية والطبية للمعوق:

لهذه الرعاية عدة أهداف أهمها:

١ – تقوية صحة المعوق والوقاية النوعية من الأمراض.

٢ – علاج ومتابعة الحالات المرضية أيا كان هذا المرض[١٩].

٣ – علاج العاهه بالإعداد الجسمى البدنى للمعوق، ويشمل هذا الإعداد عادة الخطوات الآتية:

أ – العلاج الطبيعى:

ويعتبر من الوسائل التى تساعد المريض على استخدام عضلاته المعطلة ويستخدم فى ذلك العلاج بالحمامات المائية والكهرباء والتدليك والتمرينات البدنية الخاصة.

ب – التدريب البدنى: وذلك بالاستعانة بالأجهزة التعويضية كالأطراف الصناعية أو النظارات وأجهزة السمع أو الأحزمة المختلفة مع مساعدة المريض على إستخدام تلك الأجهزة. وتعتبر هذه العملية الفنية الهامة بالنسبة لذوى الأطراف المبتورة والمصابين بشلل الأطفال[٢٠].

جـ – العلاج بالعمل:

ويقصد به أى نشاط بدنى أو عقلى يوصف للمصاب أو المريض بقصد تعزيز وسائل العلاج العادية أو المعاونة على التعجيل بشفائه.

والغرض من هذا النوع من العلاج الذى أصبح فرعا من فروع العلاج الطبى الحديث هو:

١ – أن يتجه المعوق بتفكيره إلى غير مرضه أو إصابته فترتفع روحه المعنوية الأمر الذى يساعد على سرعة شفائه.

٢- فى حالات الإصابات التى يترتب عليها تصلب بعض المفاصل أو ضمور بعض العضلات أثناء العلاج أو لعدم امكان الحركة فى الفراش يساعد العلاج المهنى على سرعة إستعادة هذه المفاصل والعضلات حالتها العادية.

٣- يمهد الطريق للمعوق حتى يمكنه أداء عملة الأصلى أو يمهد لإمتهان عمل آخر جديد يناسب العجز الذى يحتمل وجوده بعد شفاء المريض.

٤- يجنب المعوق الملل والسأم، ويشغل وقته ويجعل حياته مليئة بما يفيد خلال فترة العلاج.

٥- يقلل التوتر النفسى ويجعل المعوق أقل احتياجا للمهدئات.

٦- يكون بمثابة نشاط جسمى ينشط المعوقين الكسولين المتواكلين وينمى إنتباه المعوق، ويجعل إهتمامه بما حوله مستمرا، ويثير إهتمامه بشىء آخر غير أعراضه.

٧- يوجه الطاقة الجسمية والنفسية للمعوق إلى اتجاهات خارجية منتجة بدلا من توجيهها إلى التحطيم مثلا.

٨- يهىء حياة اجتماعية متفاعلة يسودها التعاون والتنافس الصحى، مما ينشل المعوق من عالم الإنطواء والإستغراق فى أحلام اليقظة والتأمل فى خيالاته وهلوساته، ويفيد فى عملية التطبيع الاجتماعى للمعوق.

٩- يحدث تغييرات فى البيئة الشخصية والإنفعالية للمعوق.

هذا ويمكن تقسيم المعوقين بالنسبة للعلاج بالعمل إلى ثلاثة فئات رئيسية(٢١):

- المعوقون الاكفاء المهتمين بالعلاج والمقبلين عليه (فى دور النقاهة).
- المعوقون الأقل كفاءة وإهتماماً (وهناك أمل فى شفائهم).

- المعوقين المتبلدون (المزمنون).

ويقوم كل فريق بما يمكن أن يقوم به. وتكون المهمة مع الفئة الأولى سهلة، وأيسر عن الفئة الثانية. وتكون النتيجة عادة أفضل فى الفئتين أما الفئة الثالثة فتحتاج إلى كل أنواع الإثارة والتحميس ولتبسيط الوضوح فى التعليمات والعمل، ويعتبر أى تقدم يحرز هنا مكسباً مهماً كان بسيطاً.

ويقوم الأخصائى النفسى بالاشتراك مع أخصائى العلاج بالعمل بتحديد نوع العمل وأوقاته، فى ضوء معرفة شخصية المعوق ونوع إعاقته... الخ.

(ب) الرعاية النفسية للمعوق:

وتتضمن الإهتمام بعملية التوجيه والإرشاد للمعوق Guidance Counseling بقصد مساعدته على فهم نفسه وتفهم مشاكله وإدراك إمكانيات بيئته وعوائقها، وتقوم أساساً على إفتراض أن المعوقين يختلفون فيما بينهم من حيث القدرات والإستعدادات والتكوين النفسى والجسمى، مما يؤدى إلى إختلاف فى القدرة على ممارسة الأعمال المختلفة، وأن فى أنواع النشاط الإنسانى المتنوعة مجالا لكل معوق يستغل فيه إمكانياته البشرية، ويحقق درجة من النجاح تساعده على الشعور بالأمن وبقيمته الإنسانية، مما يوفر له الرضا والإرتياح النفسى.

وتعتمد عملية التوجيه على تطبيق الحقائق النفسية فى واقع حياة المعوق، وهى فى ذلك تهتم بدراسة دوافعه وحاجاته وميوله، بل وتحاول أن تصل إلى محركات سلوكه اللاشعورية فى كثير من الأحيان (٢٢).

ويتم عن طريق هذه العملية ربط مراحل التأهيل ربطاً متكاملا منسقاً. والمعوق كما هو معروف يمر فى عمليات أو مراحل مختلفة يقوم على كل مرحلة أخصائيون أو فنيون مؤهلين لكل عملية منها. ولما كان هذا المعوق وحدة واحدة يتم التعامل معه ككل لذلك فإن هؤلاء الأخصائيون لايعملون

منفردين وإنما يعملون في صورة مجموعة ويعتبر عمل كل منهم متمما لعمل الآخر ويرتبط به ويؤثر فيه ويتأثر به، ويكون دور القائم بهذه العملية (الموجه أو المرشد النفسي أو الاخصائي الاجتماعي) أن يستفيد من النتائج التي إنتهى إليها هؤلاء منفردين أو مجتمعين للإتجاه صاحب الحالة إلى أنجح الطرق وأنسب الأعمال.

(جـ) الرعاية الاجتماعية للمعوق:

وتتضمن مايلي: (٢٣)

١ - تعديل البيئة الاجتماعية للمعوق:

إذ أنه لاشك من العوامل التي تؤثر تأثيراً سيئاً في الحالة النفسية للمعوق تلك المواقف الشخصية، أو الأسرية، أو مواقف العلاقات بالزملاء أو صاحب العمل وما يترتب عليها أزمات وصراعات نفسية عنيفة، ولذلك كان من المهم توجيه الأسره وصاحب العمل وجميع المتصلين بالمعوق في بيئته وتعديل إتجاهاتهم نحوه لضمان تعاونهم في خطة العلاج ووقايته من القلق والارهاق النفسي والمادي.

٢ - شغل وقت فراغ المعوق:

يعتبر شغل وقت فراغ المعوق في نشاط ترويحي من أهم وسائل العلاج كما يعتبر جزءا أساسياً في برامج التأهيل. فالمعوق إذا انصرف في التفكير في عاهته تزداد حالة القلق والخوف والشعور بالنقص فيؤدي ذلك إلى إنسحابه وعزلته عن المجتمع.

٣ - الخدمات المساعدة:

وهذه تشمل رعاية المعوق أثناءفترة التأهيل كمدة بمصاريف ضرورية أو تشجيعية أو مصاريف الإنتقال وإستخراج الرخص أو إمداده بالكتب أو بأدوات التدريب ...الخ.

د- الرعاية التعليمية للمعوق:

ويراعى فى ذلك مايلى: [٢٤]

١- توفير نوع التعليم الذى يفيد المعوق فيه أكبر فائدة.

٢- توفير التعليم فى المنزل أو المستشفى أو المؤسسة.

٣- تعليم التلميذ المعوق مع التلاميذ الطبيعيين كلما أمكن ذلك.

ويقوم على توفير الرعاية التعليمية مدرسون متخصصون فى تعليم التلاميذ الشواذ.

هـ- الرعاية المهنية للمعوق:

وتتضمن مايلى:

١- التدريب المهنى Training:

من مراحل التأهيل السابقة يتضح المهنة التى سيوجه لها المعوق. وقد تكون هذه نفس المهنة التى كان يعمل بها وقد تكون مهنة أخرى جديدة مختلفة تماما عن مهنته السابقة أو قد تكون قريبة منها بعض الشىء أو قد يكون المعوق نفسه لم يسبق له ممارسة مهنة من المهن وفى سن التعليم وهنا يحتاج إلى برنامج تعليمى خاص خصوصا إذا كانت المهنة المقترحة تتطلب مستوى خاصا من التعليم.

وعلى هذا يدرب المعوق على تلك المهنة لتحصيل المعلومات الفنية والمقدرة المهنية اللازمة. ويتطلب التدريب وجود عمل وعامل ومقدرة فنية للتدريب ومكان يتم التدريب فيه ونظام لهذا التدريب.

وقد يحتاج المعوق إلى بعض المساعدات والخدمات خصوصا فى فترة التدريب عندما تقصر موارده المالية عن مواجهة نفقات المعيشة ومصاريف الإقامة والإنتقال وإستخراج الرخص فضلاً عن ثمن الأدوات والكتب التى

قد يحتاج إليها أثناء فترة تدريبه المهنى لفترة قد تطول أو تقصر حسب طبيعة العجز وعمقه ومداه إذ بهذه الخدمات والمساعدات يتمكن المعوق من مواصلة تدريبه حتى لايؤدى النقص فيها إلى إفساد عملية التدريب.

٢ - التشغيل Placcnent :

بعد إستكمال عمليات التدريب المهنى يوجه الفرد نحو العمل الذى يتفق مع ماحصل عليه من تدريب فى المصانع أو الشركات أو الورش أو العمل لحسابه الخاص فى المنزل أو فى خارج المنزل. وبطبيعة الحال تتوقف عملية التشغيل على درجة الوعى فى المجتمع وطبيعة الاعتقادات السائدة بين المصانع والشركات حول المعوقين من أنهم أقل كفاية من الأسوياء(٢٥).

وينص القانون رقم ٢٩ لسنة ١٩٧٥ والمعدل بالقانون ٤٩ لسنة ١٩٨٢ على تشغيل نسبة فى حدود ٥ ٪ من عدد العاملين بالشركات والمؤسسات من المعوقين ممن قضوا فترة التدريب المهنى فى أحد مراكز التأهيل وذلك فى الأعمال أو الصناعات التى تتفق وتدريبهم(٢٦).

ثالثاً: التتبع والرعاية اللاحقة للمعوق: After Care & Follow Up

وتنحصر أهمية هذه العملية وأهدافها فيما يلى (٢٧):

١ - التأكد من متابعة المعوق للخطة العلاجية خاصة مع المعوقين الذين يعانون عجزاً جسمياً أو عقلياً أو خلقياً.

٢ - تجنب المعوقين أية انتكاسة قد يتعرضون لها أو مواجهة ظروف طارئة لم تكن فى الحسبان.

٣ - وسيلة هامة لإستقرار بعض المعوقين فى حياتهم الجديدة وخاصة ذوى النزعات الإعتمادية أو المضطربين نفسيا.

٤ - من أهم الأساليب المفيدة لتقييم ممارسات خدمة الفرد فى محيط العمل

مع هذه الفئة أو خدمات المؤسسة تقييما علمياً أو إحصائياً.

من ثم فهى عملية ذات طبيعة خاصة تتشكل حسب ظروف كل حالة وكل جديد يطرأ على الموقف. كما أن مكان المقابلات التتبعية ذاتها منزلا كان أو عملا أو مدرسة يحدد بدوره قواعدها التنظيمية وزمنها وما إلى ذلك. وباستثناء الحالات التى تعانى فطاما نفسياً أو التى تتسم بنمط إتكالى أو إضطراب نفسى فإن بعض المعوقين عادة مايقاومون مثل هذه المقابلات خاصةهؤلاء الذين إستقروا نسبيا فى حياتهم الجديدة ويرفضون أية وصاية عليم لينكروا أية صلة لهم بالمؤسسة لذلك فهى تنصب مهارة وكفاءة لمواجهة محاولاتهم المتعددة للتهرب منها، كما قد تزيد حدة هذه المقاومة عند تحويل حالة المعوق إلى أخصائى جديد لتتبعها لتكون آنذاك مقاومة مزدوجة للزيارةوللإخصائى فى نفس الوقت. ومظاهر هذه المقاومة قد تأخذ أشكالا شتى فقد يلجأ المعوق إلى إنكار نفسه أو يتزرع بالمرض أو يدعى عدم حاجاته إلى أى مساعدة أو قد يطلب من الأخصائى جعل المقابلات بالمؤسسة حيث سيزوره بها ليحيطه بكل جديد فى موقعه.. الخ وبالقدر الذى ينجح فيه الأخصائى الاجتماعى فى مواجهة هذه المقاومة بكفاءة تامة وبالقدر الذى يشعر المعوق نفسه بما حققته المقابلة له من فوائد تكون المقابلة التتبعية قد حققت أهدافها المرجوه منها.

مراجع الفصل الثانى عشر

١- لمزيد من التفاصيل أنظر:

مصطفى النصراوى، الإعلانات والمواثيق العربية والأممية الخاصة بحقوق المعوقين، (فى) قراءات فى التربية الخاصة وتأهيل المعوقين، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، ١٩٨٢.

٢- قارن:

محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، مرجع سابق، ص ص ١٦٢ ، ١٦٣.

٣- إسماعيل شرف، تأهيل المعوقين، مرجع سابق، ص ٢١.

٤- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط ٢، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٨، ص ص ٣٨٣، ٣٨٤.

٥- إسماعيل شرف، مرجع سابق، ص ٢٢.

٦- لمزيد من التفاصيل فى مضمون العلاج الاجتماعى البيئى أنظر:

حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، مرجع سابق، ص ص ٣٢٨ - ٣٣١.

٧- إسماعيل شرف، مرجع سابق، ص ٢٢.

٨- حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص ص ٧٩ ، ٨٠.

٩- إسماعيل شرف، مرجع سابق، ص ص ٢٧ ، ٢٨.

١٠- قارن:

المرجع السابق، ص ص ٩٢ - ٩٨.

١١- قارن:

مصطفى فهمى، الإنسان والصحة النفسية، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧٠، ص ص ١٤٢- ١٤٤.

١٢- قارن: ولمزيد من التفاصيل أنظر:

محمد عبد المنعم نور، مرجع سابق، ص ص ١٨٦ - ١٩٠.

إسماعيل شرف، مرجع سابق، ص ص ٣٤ - ٣٦.

١٣- ولمزيد من التفاصيل أنظر:

- اللائحة الداخلية لمكاتب التأهيل الإجتماعي للمعوقين (فى) إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بـ ج.م.ع، العدد ١٢، السنة الرابعة، ديسمبر ١٩٨٧، ص ص ٢٠ - ٢٢.

١٤- فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، ط ٢، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٩، ص ص ٣٩٤، ٣٩٥.

١٥- زينب محمد شيبة الحمد، مصطفى عبد الفتاح أبو الفتوح، مبادىء الصحة العامة والطب الاجتماعى، الإسكندرية، ب، ن، ١٩٨٨، ص ١٦٠.

١٦- محمود حسن، مقدمة الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ص ٦٩٢، ٦٩٣.

١٧- فوزى على جاد الله، مرجع سابق، ص ٣٩٦.

١٨- محمد محروس، التقويم المهنى للمعوقين، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بـ ج.م.ع، العدد ٧، السنة الثالثة، سبتمبر ١٩٨٦، ص ص ١٧ - ١٩.

١٩- زينب محمد شيبة الحمد، مصطفى عبد الفتاح أبو الفتوح، مرجع سابق، ص ١٦٢.

٢٠- محمود حسن، مقدمة الخدمة الاجتماعية ، مرجع سابق، ص ٦٩٢.

٢١- قارن: ولمزيد من التفاصيل أنظر:

- حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص ص ٣٣٢ - ٣٣٦.

هيلين س . ويلارد، كليرس. سباكمان، أسس العلاج بالعمل (ترجمة) صلاح الحمصانى، إسماعيل شرف، القاهرة، وزارة الشئون الاجتماعية، ١٩٦٧ ص ص ١٢ - ٢٤.

٢٢- إنتصار يونس، السلوك الإنسانى، الإسكندرية، دار المعارف، ١٩٦٦، ص ٣٧٦.

٢٣- قارن:

إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى والنفسى، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٠، ص ص ٢٦٣ - ٢٦٦.

محمود محمد الزينى، الخدمة الاجتماعية للمعوقين وذوى العاهات، مرجع سابق، ص ص ٣٩ - ٤٢.

ولمزيد من التفاصيل فى مضمون شغل وقت الفراغ انظر:

حامد عبد السلام زهران، التوجيه والإرشاد النفسى، ط ٣، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٨٥، ص ص ٣٥٢ - ٣٥٦.

٢٤- زينب محمد شيبة الحمد، مصطفى عبد الفتاح أبو الفتوح، مرجع سابق، ص ١٦٣.

٢٥- إقبال محمد بشير وآخرون، مرجع سابق، ص ص ٢٥٨، ٢٥٩.

٢٦- لمزيد من التفاصيل فى مضمون التشريعات الخاصة بالمعوقين أنظر:

محمد [illegible] منصور، التأمين الاجتماعى، ب.ن. ١٩٨٥.

إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بـ ج.م.ع، العدد الأول، السنة الأولى، يونيه ١٩٨٤، ص ص ٢٠ - ٢٦.

٢٧- قارن:

عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد فى المجتمع النامى، القاهرة، ط ١، الأنجلو المصرية، ١٩٨٠، ص ص ٢٠٢، ٢٠٣.

المحتويات

الصفحة